

# Smetnje učenja i ponašanja u dječjoj dobi

---

Miklečić, Jelena

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:280059>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

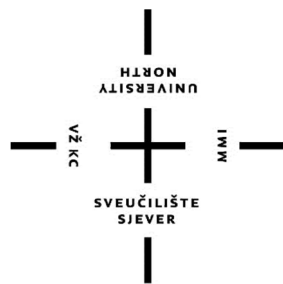
Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





# Sveučilište Sjever

**Završni rad br. 768/SS/2016**

## **Smetnje učenja i ponašanja u dječjoj dobi**

**Jelena Miklečić, 5302/601**

Varaždin, rujan 2016. godine





# Sveučilište Sjever

**Odjel za biomedicinske znanosti**

**Završni rad br. 768/SS/2016**

## **Smetnje učenja i ponašanja u dječjoj dobi**

**Student**

Jelena Miklečić, 5302/601

**Mentor**

Ivana Živoder, dipl. med. techn.

Varaždin, rujan 2016. godine

## Prijava završnog rada

### Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Jelena Miklečić	MATIČNI BROJ	5302/601
DATUM	29.08.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega u zajednici
NASLOV RADA	Smetnje učenja i ponašanja u dječjoj dobi		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Learning disabilities and behavior in children		
MENTOR	Ivana Živoder, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv.prof.dr.sc. Andreja Brajša - Žganec, predsjednik		
	2. Ivana Živoder dipl.med.techn., mentor		
	3. Andreja Bogdan, prof., član		
	4. Mihaela Kranjčević-Ščurić, dipl.med.techn., zamjenski član		
	5. _____		

### Zadatak završnog rada

BROJ	768/SS/2016
OPIS	<p>Smetnje učenja i ponašanja često su prisutni u dječjoj dobi. Ovi poremećaji mogu varirati po težini, intenzitetu te prisutnosti pojedinih simptoma. Obično se smetnje učenja i ponašanja otkriju u kasnoj predškolskoj dobi, kad dijete krene u školu ili neposredno prije samog upisa djeteta u školu. U prepoznavanju navedenih smetnji naglašena je multidisciplinarna uloga stručnjaka iz različitih područja te uloga roditelja i učitelja. Da bi što ranije i uspješno prepoznali smetnje, važno je kontinuirano educirati roditelje, učitelje i druge osobe koje sudjeluju u radu s djetetom. Često je potrebno dulje vrijeme kako bi se smetnje definirale i kako bi se moglo djelovati u smjeru smanjenja ili uklanjanja istih.</p> <p>Zajednica još uvijek nedovoljno ulaže u centre koji bi adekvatno dijagnosticirali i pružili skrb u otklanjanju smetnji. Dugotrajan rad s djetetom na više različitih područja, smetnje može ublažiti ili ukloniti, pri čemu je ključna potpora i razumijevanje okoline.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- definirati i objasniti smetnje učenja i ponašanja</li><li>- prikazati načine rada i pomoći djetetu</li><li>- prikazati ulogu medicinske sestre u radu s djetetom</li><li>- prikazati rezultate ankete provedene među roditeljima predškolske djece</li><li>- citirati korištenu literaturu</li></ul>

ZADATAK URUČEN

14.09.2016



*[Handwritten signature]*

## **Predgovor**

Prije svega, zahvaljujem se svojoj mentorici Ivani Živoder dipl.med.techn. što mi je ispunila želju i bila mi mentor ovog završnog rada. Zahvaljujem joj se na susretljivosti i na sugestijama prilikom izrade završnog rada.

Željela bih se zahvaliti svojoj obitelji, ponajprije suprugu Zdravku i mom sinu Gabrijelu, kojemu ujedno i posvećujem ovaj rad. Zahvaljujem se svima koji su mi na bilo koji način bili podrška, pomagali i imali puno razumijevanja.

Zahvaljujem se i svim predavačima i profesorima s Odjela biomedicinskih znanosti, koji su mi preneli svoje znanje i iskustvo u ove tri godine školovanja, svim kolegicama i kolegama, posebno kolegici Ljiljani, bez čijih riječi podrške ne bih sada bila ovdje.

## Sažetak

Smetnje učenja i ponašanja često su prisutni u dječjoj dobi. Ovi poremećaji mogu varirati po težini, intenzitetu te prisutnosti pojedinih simptoma. Obično se smetnje učenja i ponašanja otkriju u kasnoj predškolskoj dobi, kad dijete krene u školu ili neposredno prije samog upisa u školu. U prepoznavanju navedenih smetnji naglašena je multidisciplinarna uloga stručnjaka iz različitih područja te uloga roditelja i učitelja. Da bi što ranije i uspješno prepoznali smetnje, važno je kontinuirano educirati roditelje, učitelje i druge osobe koje sudjeluju u radu s djetetom. Često je potrebno dulje vrijeme kako bi se smetnje definirale i kako bi se moglo djelovati u smjeru smanjenja i/ili uklanjanja istih. Zajednica još uvijek nedovoljno ulaže u centre koji bi adekvatno dijagnosticirali i pružili skrb u otklanjanju smetnji. Dugotrajan rad s djetetom na više različitih područja, smetnje može ublažiti i/ili ukloniti, pri čemu je ključna potpora i razumijevanje okoline.

Multidisciplinarni tim stručnjaka, u koji je uključena i medicinska sestra, uz specifične terapije, radi s djecom u cilju bolje socijalizacije, društveno prihvatljivog ponašanja, potiče djecu na inicijativu da stalno uočavaju i rješavaju probleme, rade na djetetovu samopoštovanju i samopouzdanju kako bi odrasli u sigurne, mlade ljude.

Tijekom izrade završnog rada provedeno je istraživanje među roditeljima predškolske djece kako bi dobili informacije o upućenosti roditelja u poremećaje učenja, pažnje i hiperaktivnosti.

Rezultati istraživanja su pokazali da je većina roditelja, 43,9%, djelomično upoznata koji sve poremećaji spadaju u poremećaje učenja, a 48,2% roditelja bi djelomično znalo prepoznati simptome poremećaja. Iz rezultata je također vidljivo da 62,5% roditelja informacije dobiva preko Internetskih stranica dok samo njih 5,7% preko stručnih emisija na TV- u ili radiju.

Više od polovine roditelja (54,5%) izjasnilo se da su im informacije djelomično dostupne i razumljive, 91,2% misli da treba više informirati javnost o poremećajima, a njih čak 92,2% misli da je potrebna edukacija roditelja školske i predškolske djece.

**Ključne riječi:** dijete, poremećaji učenja, ADD/ADHD, multidisciplinarni tim, edukacija, istraživanje

## **Popis korištenih kratica**

**DSM – II , III, IV** – Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders

**ADD** – Attention Deficit Disorder

**ADHD** – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

**IDA** - International Dyslexia Association

**APA** - Američka akademija pedijatara



# Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Poremećaji učenja.....	3
2.1. Disleksija.....	3
2.1.1. Obilježja disleksije.....	4
2.1.2. Uzroci disleksije.....	7
2.1.3. Otkrivanje disleksije.....	7
2.1.4. Terapijski postupci kod disleksije.....	9
2.2. Diskalkulija.....	10
2.2.1. Tipovi diskalkulije.....	11
2.2.2. Znakovi koji upućuju na diskalkuliju.....	11
2.2.3. Uzroci diskalkulije.....	12
2.2.4. Načini rada s djecom s diskalkulijom.....	12
2.3. Disgrafija.....	13
2.3.1. Oblici disgrafije.....	14
2.3.2. Znakovi koji upućuju na disgrafiju.....	15
2.3.3. Načini rada s djecom s disgrafijom.....	15
2.4. Uloga medicinske sestre kod djece s poremećajima učenja.....	16
2.4.1. Socijalna izolacija u/s poremećajima učenja.....	17
3. Poremećaj hiperaktivnosti i deficit pažnje (ADD/ADHD).....	20
3.1. Dijagnoza .....	21
3.2. Simptomi ADD/ADHD.....	22
3.3. Uzroci .....	25
3.4. Terapijski postupci kod ADD/ADHD.....	26
3.5. Uloga medicinske sestre.....	27
3.5.1. Neupućenost roditelja u/s dijagnozom i terapijom .....	28
4. Istraživanje .....	30
4.1. Cilj istraživanja.....	30
4.2. Ispitanici i metodologija.....	30
4.3. Rezultati.....	30
4.4. Rasprava.....	37
5. Zaključak.....	40

6. Literatura.....	41
7. Popis slika i grafikona.....	42
Prilozi.....	43

# 1. Uvod

Ljudi su kompleksna bića koja uče cijeli svoj život. Već od prvih dana svog života dijete znatiželjno promatra svoju okolinu, usvaja načine ponašanja, ponavlja riječi i što je važnije, uči.

Svakom djetetu je polazak u školu velika promjena u životu jer se susreću s mnogo novih izazova pri čemu im glavna zadaća postaje učenje. Svako dijete se barem jednom suoči sa teškoćama u učenju, neki imaju više, a neki manje poteškoća. Neka djeca nemaju nikakvih problema u prihvaćanju novih izazova dok drugi imaju veće ili manje poteškoće i njima učenje ne predstavlja prirodan i jednostavan proces.[1]

Prema pronađenim podacima, u svijetu 5,5% učenika dobi od 6 – 17 godina treba podršku i pomoć zbog poremećaja u učenju, od toga dvostruko više dječaka nego djevojčica.

U Republici Hrvatskoj nema nekih preciznih podataka i smatra se da je broj osoba s poremećajima između 5 – 10 % stanovništva. Podaci nisu u potpunosti točni jer se još uvijek za puno djece s poremećajima učenja ne zna da ih imaju već ih se tretira kao neuspješne učenike. Znan dio populacije ima trajne probleme s čitanjem, pisanjem, nerijetko i matematikom, snalaženjem u vremenu i prostoru, organizacijom i naravno, učenjem općenito. Društvena skrb o osobama s nekim od poremećaja premala je i nedovoljna. To se izrazito teško odražava na djeci. Zbog neznanja i nerazumijevanja ovih poremećaja, djeca s ovim teškoćama često ne ostvaruju svoja prava kao što je pravo na školovanje, pravo na pravilnu terapiju, pravo na razumijevanje i pravo na stručan pristup u školama. Ima mnogo slučajeva gdje niti oni niti njihova bliža ili dalja okolina ne znaju o čemu je riječ i ne znaju da im se može pomoći i olakšati.[1]

U našem društvu ni na jednom obrazovnom stupnju nema sustavnog i organiziranog praćenja ili ispitivanja djece kojemu bi bio cilj otkrivanje ovih poremećaja. Osobama koje imaju poremećaje bilo kojeg oblika često je potrebna logopedska pomoć i terapija te pomoć i razumijevanje okoline. Da bi im se olakšalo nisu potrebna skupa pomagala i skupa oprema već su prijeko potrebni znanje i dobra volja. [2]

U poremećaje učenja spadaju disleksija – poremećaj čitanja, disgrafija – nesposobnost djeteta da svlada vještinu pisanja i diskalkulija – poteškoće u savladavanju matematičkih i aritmetičkih zadataka.

Uz ove poremećaje često se vežu hiperaktivni poremećaj i deficit pažnje koji su praćeni nemirom i impulzivnošću. Prema pronađenim podacima, 2/3 djece koja imaju poteškoće u čitanju, pisanju i računanju, imaju i deficit pažnje. [1]

Kod dijagnosticiranja ovih poremećaja vrlo je važno imati individualiziran pristup. To je vrlo važno zbog toga jer se simptomi poremećaja moraju promatrati samo kao smjernice, a ne kao univerzalna pravila. Poremećaji mogu varirati po težini, intenzitetu te prisutnosti pojedinih simptoma pa je teško doći do dijagnoze i to je jedan od razloga što ima tako veliki broj neotkrivenih slučajeva.

Bitno je ove poremećaje u učenju razlikovati od poteškoća u učenju s kojima se susreće svako dijete, a koji su posljedica okolišnih, emocionalnih, kulturalnih ili ekonomskih faktora ili pak vidnog, slušnog ili motornog oštećenja ili mentalne retardacije.[1]

Bitno je naglasiti da osobe kojima je dijagnosticiran neki od ovih poremećaja, imaju prosječnu ili čak iznad prosječnu inteligenciju. Problem je što ih kroz čitav život prati nerazmjer između njihovih potencijala i stvarnih postignuća što pak dovodi do osjećaja frustracije, niskog samopoštovanja, dovodi do odustajanja od rada i učenja ne samo kroz školovanje već i kroz cijeli život.

Nakon što su poremećaji dijagnosticirani postaju veliki izazov kako za dijete tako i za njegove roditelje i obitelj. Dugotrajan rad s djetetom na više različitih područja, smetnje može ublažiti i/ili ukloniti, pri čemu je ključna potpora i razumijevanje okoline. Ta potpora i razumijevanje okoline polazi od pomaganja roditelja u radu s djetetom kako bi svladao gradivo, do učitelja koji će pokušati gradivo približiti i prilagoditi učeniku s poremećajem. [1]

Isto tako važna je edukacija kako roditelja tako i učitelja, liječnika opće prakse, edukacija opće populacije i medija, upravo zbog toga što veliki dio poremećaja nije prepoznat i djeca budu često neprihvaćena i odbačena, pogotovo od vršnjaka.

## **2. Poremećaji učenja**

Poremećaji učenja su stanja koja uzrokuju nerazmjer između potencijalnih i dosegnutih razina u učenju prema predviđenim intelektualnim sposobnostima neke osobe.

Oni uključuju poremećaje koncentracije i/ili pažnje, poremećaje u razvoju govora ili obrade vidnih ili slušnih podataka.[3]

Postoji mnogo definicija teškoća u učenju i one se međusobno ne razlikuju previše i teškoće učenja definiraju kao retardaciju, poremećaj, zaostajanje u razvoju u jednom ili više procesa (govora, jezika, pisanja, matematike,...) koji rezultiraju iz psihološkog nedostatka koji je uzrokovan mogućim disfunkcijama i/ili emocionalnim smetnjama i smetnjama u ponašanju. To nije rezultat mentalne retardacije, senzornog oštećenja ili kulturnih i obrazovnih čimbenika.[3]

Važno je naglasiti preklapanje teškoća, pa iako je disleksija vezana uz pismenost treba biti svjestan preklapanja između disleksije i drugih teškoća (diskalkulije, disgrafije, ADHD, ADD).

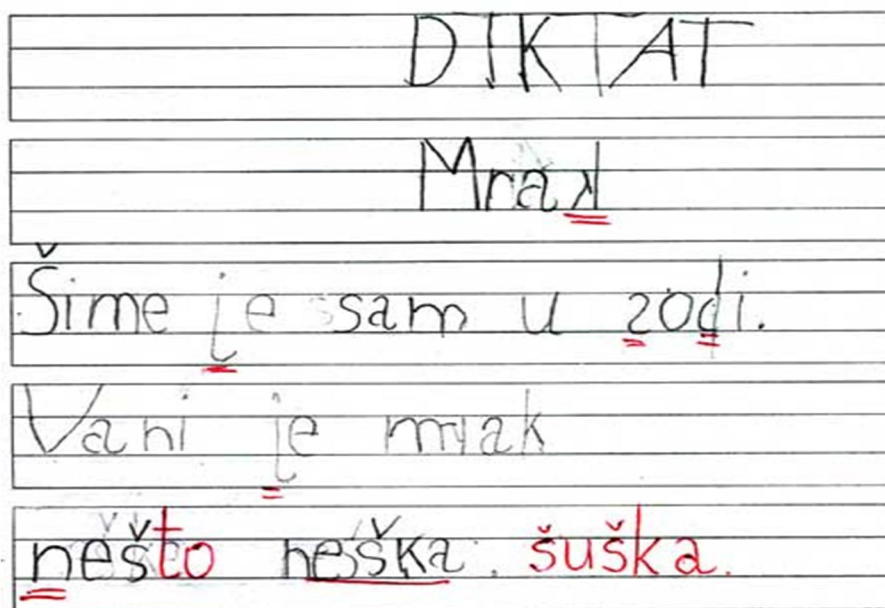
Ne postoje jasne dijagnostičke kategorije poremećaja te je preklapanje prije pravilo nego iznimka. Nazivlje je potrebno i od pomoći jer ono daje roditeljima i školama smjernice i mogu pomoći učeniku da razvije poznavanje samog sebe i strategija koje će mu pomoći u učenju. Pažnja mora biti usmjerena na posebna obilježja djetetova profila te je vrlo važno da je provedena cjelokupna procjena kako bi se stvorila prava slika djetetovih slabih i jakih strana i kako bi se mogla postaviti točna dijagnoza.[2]

### **2.1. Disleksija**

Riječ „disleksija“ dolazi iz grčkih riječi „dys“ što znači slab, loš, neprimjeren i riječi „lexis“ što znači jezik, riječi. To je jedan od nekoliko poremećaja u učenju u dječjoj dobi. Postoji mnogo definicija disleksije i većina zemalja ima svoju vlastitu definiciju te su većinom upakirane u stručnu terminologiju i pokušavaju sažeti široki opis koristeći što manje riječi. [4]

Disleksiju vidimo kao razliku u tome kako djeca ili odrasli preuzimaju ili obrađuju dobivene informacije, kako ih razumijevaju, upamćuju i organiziraju u svome umu i kako prikazuju znanje. Ona uključuje mnogo više od čitanja, ali utječe na učenje, uključujući razumijevanje i praćenje uputa predstavljenih usmeno i točno, tečno čitanje i predstavljanje pisanog rada. [4]

Slika 2.1.1. prikazuje oblik disleksije gdje su prisutne teškoće s vizualnom percepcijom, zrcalno okretanje slova kod djevojčice koja pohađa prvi razred.



*Slika 2.1.1. Teškoće s vizualnom percepcijom*

*Izvor: Hrvatska udruga za disleksiju, Disleksija, Zagreb, 2007.*

### **2.1.1. Obilježja disleksije**

Usprkos tome što ima mnogo pojavnih oblika disleksije, vrlo se jasno uočavaju njezina najbitnija obilježja. Ta obilježja su najviše određena teškoćama koje se pojavljuju u usvajanju i razvoju čitanja i pisanja te u perceptivnom, jezičnom i pojmovnom razvoju.

Bitno obilježje disleksije je naglašena neujednačenost sposobnosti u različitim područjima:

**Čitanje:** Teškoće kod čitanja odnose se na brzinu i preciznost čitanja i na razinu razumijevanja pročitano. Djeca s disleksijom dugo slovkaju, zadržavaju naviku tihog izgovora kod čitanja te ne čitaju tečno. Kad čitaju naglas imamo dojam da ne uočavaju točke kao znakovna razgraničenja rečenica, ritam i način čitanja uglavnom su određeni povremenim

zastojima zbog nepreciznog iščitavanja riječi, ali i odsutnošću pauze, silazne ili uzlazne intonacije kada se čitaju izjavne ili upitne rečenice, što sve daje dojam ne tečnog i lošeg čitanja.

**Fonološka obrada riječi:** Dijete teško postaje svjesno glasova u riječi pa ne može izdvojiti početni ili završni glas ili teško uočava ritam i rimu riječi što je zapravo važna pred čitalačka vještina. Jedna od temeljnih teškoća u poremećaju čitanja je teškoća obrade glasova jezika ili fonološka neosviještenost.

Ove teškoće se mogu, a i ne moraju, odražavati u djetetovu govoru pa neka djeca mogu posve neupadno govoriti izgovarajući većinu riječi pravilno dok imaju teškoće s izdvajanjem i raščlambom riječi na glasove.[4]

**Pisanje:** Ove teškoće svrstane su u dvije skupine. Prva skupina su teškoće u oblikovanju, pravilnosti i organiziranosti slova i rukopisa dok su u drugoj skupini smetnje u samostalnom sastavljanju teksta kao što je sastavljanje priča, opisa događaja, odgovora na pitanja te kod pisanja dužeg teksta.

Riječi moraju biti točno napisane, moraju biti u gramatički ispravnom redosljedju, moraju biti razgraničene zarezima i točkama. Sva djeca na početku teško oblikuju svoju misao u riječi i gramatički potpune i jasne rečenice te je zbog toga samostalno sastavljanje, opisivanje ili odgovaranje potpunim rečenicama najteži dio u jezičnom razvoju uopće.

**Vizualna percepcija:** Djeca sama opisuju smetnje u obliku okretanja slova, preklapanja redova teksta, gubljenja dijelova rečenice, završetaka riječi, dezorijentacija u smjerovima lijevo – desno, gore – dolje.

Izmijenjena percepcija utječe na nemogućnost učenja ispravnog oblika riječi. Slova se okrenu pa je riječ krivo percipirana ili dijete umjesto riječi vidi prazno polje. Zbog toga se javljaju zastoji u čitanju i dijete ne čita tečno.

**Pamćenje:** Kod čitanja vrlo veliku ulogu ima kratkoročno pamćenje koje obuhvaća sposobnost zadržavanja sekvenci neke trenutne radnje ili misli tijekom 20 – tak sekundi.

Disleksija pogađa upravo tu fazu kratkoročnog pamćenja i onemogućuje suptilnu usklađenost pretvaranja slogova u glasove i stvaranje slogova koji se nižu jedan za drugim i oblikuju jasne riječi.

Disleksija ponekad obuhvaća i teškoće u dugotrajnoj memoriji kada ona postaje veliki problem u svladavanju školskog gradiva.[4]

**Teškoće sekvencioniranja:** Dijete se teško snalazi u vremensko – prostornim sljedovima. Dijete često ne zna koji je dan u tjednu prije, a koji slijedi, teško uči slijed mjeseci u godini te slijed godišnjih doba i teško se snalazi unutar dnevnog slijeda zbivanja kao npr. ne zna dali se što dogodilo prije ili poslije nastave.

**Teškoće u organizaciji informacija:** Djeca često uče pojedinačnu lekciju ne stvarajući veće ili manje cjeline u koje bi naučene podatke mogla smjestiti. Tako da višesatno sjedenje za knjigom postaje beskorisno i neuspješno. Ovladavanje tehnikama učenja utječe da se dezorganiziranost u prikupljanju i obradi informacija tijekom učenja smanji.[4]

**Jezične i pojmovne poteškoće:** One često ne moraju biti vidljive u svakodnevnom govoru, ali kod zahtjevnijih govornih situacija (opisivanje događaja) otkrivaju se one prave nijanse u stupnju razvoja dječjeg jezika koje najčešće znače nemogućnost da se upotrijebe točne riječi za prostorne odnose u nekoj situaciji ili zbivanju kao „pored“, „između“, „prednji“ ili „tamo“. Te su nijanse i nesigurnost u upotrebi pojmova „prije“, „poslije“, „prethodi“ za vremenski protok događaja.

U svom govoru mogu upotrebljavati i gramatički nepravilne oblike glagola kao npr. „ideju“, „možeju“ ili pogrešne padežne oblike za neke imenice kao „imam mraka u sobi“ ili „posudio sam bicikla“.[4]

**Neujednačenost u sposobnostima:** Djeca s disleksijom imaju izražene sposobnosti u nekim područjima dok u drugima imaju slabosti. Tako djeca koja imaju problema s čitanjem prijevoda filmova mogu biti sklona istraživanju funkcioniranja električnih naprava i aparata, a ponekad i sama imati vrlo kreativna rješenja u konstruiranju takvih aparata.

Neka djeca su domišljata u informatičkom polju i vješto se služe računalom dok drugi pak u višim razredima osnovne škole usprkos kaskanju u pravopisu i gramatici, pišu priče i pjesme.  
[4]



### **2.1.2. Uzroci disleksije**

Uzroci disleksije nisu posve jasno utvrđeni iako se provodi jako puno istraživanja koja su većinom orijentirana prema genetskom uzroku i postoji nekoliko teorija o uzroku disleksije.

Smatra se da veliki dio njih leži u konstituciji osobe te u onome što toj konstituciji pridonose faktori okoline, od najranijih dana intrauterinog života, ranog djetinjstva i okruženja u kojem se odrastalo pa sve do načina podučavanja vještine čitanja.

Konstitucija je ono što nasljeđujemo genetskim kodom, ono što stječemo u razdoblju prije i tijekom samog rođenja. [4]

Veliki broj istraživačkih aktivnosti usmjeren je na genetsku osnovu disleksije. Različita genetska područja odgovorna su za različite aspekte procesa čitanja i pisanja, neke pak studije gena govore da postoji dio gena za disleksiju koji se nalazi na 6 – tom kromosomu koji je u istom dijelu kao i geni koji upućuju na autoimune bolesti koje se povezuje s disleksijom. Koristan pokazatelj disleksije je obiteljski rizik i može se utvrditi u ranom predškolskom razdoblju. [2]

### **2.1.3. Otkrivanje disleksije**

U današnje vrijeme je previše djece koja su prekasno otkrivena, pa je rana intervencija ključna te je rano otkrivanje i dijagnosticiranje nužno kako bi se što prije krenulo s terapijskim postupcima.

Ako roditelji primijete da njihovo dijete ne izvršava obaveze na način na koji bi ono to trebalo učiniti, tada treba pristupiti potpunoj i službenoj procjeni i to što je prije moguće. Službena procjena bi trebala biti dostupna u školama.

U Republici Hrvatskoj su logopedi stručnjaci koji otkrivaju i procjenjuju specifične teškoće učenja. Prisutnost tih poremećaja čitanja i pisanja često zamijete roditelji, učitelji ili drugi školski stručni suradnici, ali logopedi su jedini koji mogu provesti procjenu i propisati odgovarajuću intervenciju. [2]

U procjeni djeteta često surađuju s drugim stručnjacima, posebno sa psiholozima, koji u toj procjeni opisuju djetetove kognitivne i izvršne funkcije, pažnju i emocionalni razvoj djeteta. Pomoć logopeda može se dobiti u svim obrazovnim, zdravstvenim i socijalnim ustanovama u kojim oni rade. [2]

Većina djece s disleksijom se ne otkrije do vrtića ili prvog razreda osnovne škole kada uče čitanje simbola. Na daljnju procjenu šalju se djeca sa zakašnjelim učenjem ili primjenom govora, čije se učenje ne ubrzava krajem prvog razreda i ona čije čitanje nije na razini koja se očekuje s obzirom na njihove verbalne ili intelektualne sposobnosti.

Najbolji pokazatelj dijagnoze često je nesposobnost djeteta da odgovori na tradicionalne ili tipične pristupe čitanju tijekom prvog razreda, premda se na toj razini još može vidjeti široki raspon umijeća čitanja. Od osnovne važnosti za dijagnozu je dokazivanje poteškoće pri fonološkoj obradi. [5]

Dijagnoza se zasniva na intelektualnoj, obrazovnoj, govornoj, zdravstvenoj i psihijatrijskoj procjeni. Češće se otkriva u dječaka no spol nije dokazani čimbenik za razvoj disleksije.

Onu djecu za koju se smatra da imaju disleksiju, potrebno je podvrgnuti procjeni čitanja, govora, sluha te spoznajnoj i psihološkoj obradi kako bi se utvrdile njihove funkcionalne jake i slabe strane te omiljeni načini učenja.

Opsežnim procjenama čitanja provjerava se prepoznavanje i analiza riječi, tečnost, razumijevanje pri čitanju i slušanju te razina razumijevanja vokabulara i procesa čitanja.[5]

Govorni jezik i poteškoće u obradi fonema procjenjuju se procjenom govora, izražavanja i sluha. Procjenjuju se i receptivne i izražajne funkcije, provjeravaju se spoznajne sposobnosti kao što su pamćenje i pažnja.

Psihološke obrade su usmjerene na emocionalne tegobe koje mogu izazvati egzacerbaciju nesposobnosti čitanja te se uzima potpuna obiteljska anamneza mentalnih poremećaja i emocionalnih tegoba.

Liječnik mora biti siguran da je vid i sluh djeteta normalan, bilo na osnovi upućivanja na formalne audiološke i vidne pretrage ili na osovi ambulantnog pregleda, dok neurološka procjena može pomoći pri otkrivanju sekundarnih osobina kao što su neurorazvojna nezrelost ili manji neurološki poremećaj kao i kod isključivanja drugih bolesti. [5]

U našem društvu nije organizirano sustavno praćenje predškolske i školske djece kojim bi se u cijeloj populaciji otkrivali simptomi ili teškoće koje postoje u čitanju i pisanju. Otkrivanje poremećaja ovisi o okolini u kojoj se dijete nalazi i često je prepušteno slučajnosti.

Simptome disleksije uočiti će logoped, ponekad i odgajatelji u vrtiću iako najčešće nisu dovoljno educirani da prepoznaju simptome, a i u osnovnim školama je stanje slično.

Neki učitelji upoznati s ovom problematikom prepoznati će djetetove teškoće, upozoriti roditelje i uputiti ih logopedu.[3]

Roditelji najčešće prvi primijete da dijete ima problem i da s djetetom nešto nije u redu, ali većina ih ne zna o čemu je zapravo riječ i gdje bi se obratili za pomoć te se zbog neznanja izgubi puno dragocjenog vremena.

#### **2.1.4. Terapijski postupci kod disleksije**

Terapija disleksije je zahtjevan postupak koji se bavi razvojem ili poboljšanjem vještine čitanja koja je jedna od najsloženijih mentalnih aktivnosti čovjeka i jedna od najzamršenijih radnji ljudskog mozga.

Disleksija je doživotna tegoba i neka djeca razviju funkcionalno umijeće čitanja dok druga pak nikad ne dosegnu odgovarajuću pismenost.

Kad je disleksija dijagnosticirana, dijete se upućuje logopedu koji s obzirom na vrstu i težinu poremećaja obavlja vježbe kojima je svrha da se isprave smetnje u čitanju, pisanju i razumijevanju. Logoped također daje upute roditeljima i učiteljima kako postupati s djetetom, kako mu pomoći i na koji način s njim provoditi vježbe. [5]

Disleksija izaziva poteškoće koje se prikladnom terapijom i podrškom mogu znatno ublažiti te je presudno razumjeti da je djetetu s disleksijom potrebna pomoć.

Tek mali broj djece uspije sam savladati školu u skladu sa svojim stvarnim intelektualnim mogućnostima i bez adekvatne pomoći većina će se njih puno lošije i kraće školovati nego što bi mogli kada bi im se pružila pomoć u svladavanju teškoća. [5]

Djeca vrlo često imaju negativno mišljenje o sebi, okolini i školi i ako djeci ne pomognemo, izlažemo ih opasnosti, da kad odrastu, postanu nesretne osobe, ovisnici ili osobe nepoželjnog ponašanja.

Potrebno je shvatiti i razumjeti problem disleksije, dodatno se educirati, objasniti djetetu problem, dati mu do znanja da smo na njegovoj strani i da mu želimo pomoći.

Djetetu moramo pružiti psihološku podršku, skrbiti se za to da izvršava obveze koje samo može napraviti i iskazivati mu razumijevanje, pažnju i ohrabrenje.

S djetetom je potrebno biti strpljiv i ne ga kažnjavati za nešto što ne može, a poticati ga na različite aktivnosti kako bi se osjećalo uspješno. Smetnja je vrlo složena i zahtjeva puno vremena, strpljenja, pažnje i ljubavi. [4]

## **2.2. Diskalkulija**

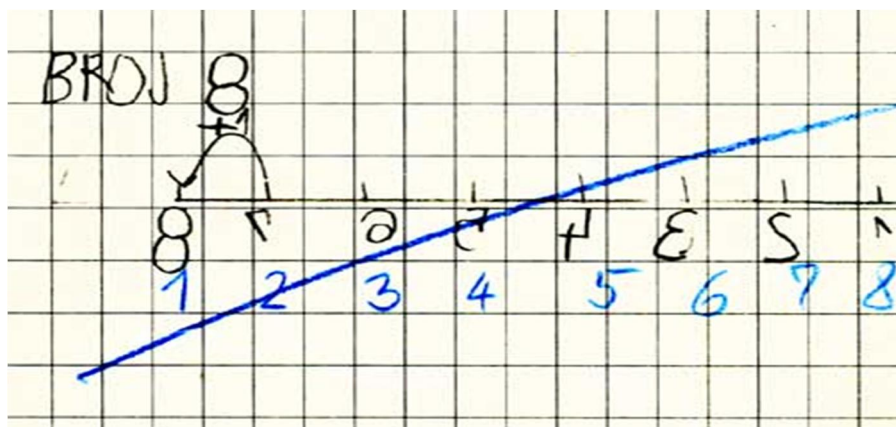
Pod ovim pojmom podrazumijeva se skup specifičnih teškoća u učenju matematike/aritmetike i u obavljanju matematičkih/aritmetičkih zadataka i to su takva odstupanja koja stvaraju osobi ozbiljne poteškoće u ovladavanju matematikom/aritmetikom bez obzira na dostatan stupanj intelektualnog razvoja, normalno funkcioniranje osjetila i optimalne uvjete redovitog podučavanja. [1]

Teškoće u učenju matematike/aritmetike mogu biti lake, umjerene i teške, a terminološki razlikujemo diskalkuliju i akalkuliju.

Diskalkulija je djelomičan poremećaj procesa usvajanja matematike koji se može pojavljivati u svim ili u samo određenim područjima matematike. Dijete napreduje u usvajanju matematike ali mnogo sporije od svojih vršnjaka dok je akalkulija pojam koji označuje potpunu nesposobnost usvajanja gradiva i zadataka iz matematike/aritmetike. [2]

Razlog zašto dolazi do diskalkulije nije poznat, ali je jasno da se radi o urođenoj slabosti mozga koja ne podrazumijeva slabu inteligenciju i neuspješnost u drugim područjima. Djeca s ovom smetnjom mogu biti odlična i uspješna u svim drugim područjima u školi i istovremeno imati velike poteškoće s razumijevanjem brojki i biti potpuno loša u matematici. [6]

Slika 2.2.1. prikazuje zrcalni brojevni pravac koji je napisala djevojčica, 2.razred.



Slika 2.2.1. Zrcalni brojevni pravac

Izvor: Hrvatska udruga za disleksiju, *Disleksija*, Zagreb, 2007.

### 2.2.1. Tipovi diskalkulije

Kod djece se javlja najčešće razvojna diskalkulija koja se formira u ranoj razvojnoj dobi, najčešće prije rođenja i dolazi na vidjelo odmah čim je dijete počelo upoznavati pojam broja i obavljati elementarne računske radnje.

Mogu se javiti razne kombinacije simptoma, odnosno oblika razvojne disfunkcije.

Razlikujemo nekoliko oblika diskalkulije: verbalna (poremećaj razumijevanja i vlastite upotrebe matematičkog leksika), praktognostička (poremećaj sposobnosti manipuliranja stvarnim ili naslikanim objektima), leksička (poremećaj sposobnosti čitanja matematičkih simbola i njihovih kombinacija), grafička (poremećaj sposobnosti pisanja matematičkih simbola), ideognostička (poremećaj sposobnosti razumijevanja matematičkih pojmova i računanja u sebi) i operacijska (poremećaj sposobnosti izvođenja računskih radnji). [4]

### 2.2.2. Znakovi koji upućuju na diskalkuliju

Mnogo djece ima problema s brojkama i računanjem, ali to ne znači da postoji poremećaj. U normalnim slučajevima poteškoće s računanjem se smanjuju dok kod djece s poremećajem stanje ostaje nepromijenjeno.

Kod djece s diskalkulijom javlja se: neispravna upotreba brojeva pri čitanju, pisanju, računanju (dijete zamjenjuje brojeve), perseveracija (dijete zaglavi na broju ili radnji, ne može

prijeći na sljedeći korak), zrcalne greške (zrcalno okreće znamenke u čitanju i pisanju brojeva), usporenost (dijete daje odgovor, ali treba dulje vremena od uobičajenog za njegovu dob), stavljanje brojeva u neprikladan prostorni položaj (kod zbrajanja i oduzimanja krivo postavi stupce jedan ispod drugoga), vizualne greške ( pogrešno prepoznaje računске simbole), proceduralne pogreške (dijete izostavlja, preskače korake u rješavanju zadataka), teškoće pri pamćenju i prepoznavanju niza brojeva (teško pamti brojeve), teškoće u logici (teško vizualizira prostorne odnose, dezorijentira se, ne shvaća prostorni položaj), teškoće u planiranju (dijete ne analizira zadatak prije rješavanja, ne kontrolira rezultat, ne razmisli nego prijeđe odmah na rješavanje zadataka, a na kraju gubi vezu sa samim zadatkom) te nesposobnost obavljanja jednostavnih računskih radnji (razumije logiku ali nema automatizam u npr. zbrajanju, oduzimanju, množenju, dijeljenju i broji na prste). [3]

### **2.2.3. Uzroci diskalkulije**

Teškoće u učenju matematike javljaju se zbog različitih neuroloških disfunkcija, naime neurolozi su utvrdili da većinu aritmetičkih operacija obavlja lijeva polutka mozga i neki istraživači smatraju da je uzrok teškoćama djece s diskalkulijom to što se ona više koriste desnom polutkom nego lijevom. Prema tome, diskalkulija nije poremećaj nego samo specifičnost u razvoju.

Uzrok diskalkulije je i nedovoljni stupanj razvoja kognitivnih i psihičkih funkcija (memorija, pažnja, percepcija) i nerazvijenost temeljnih pred matematičkih vještina (uspoređivanje, razvrstavanje, nizanje i održavanje redoslijeda).

Javljaju se i zbog postojanja teškoća u čitanju, pisanju i matematici.

Može biti posljedica lošeg poučavanja (neujednačeni stilovi poučavanja i učenja, loši pristupi u poučavanju matematičkih koncepata i nedovoljnog matematičkog iskustva).

Bitno je spomenuti i emocionalno stanje djeteta, javlja se i strah od matematike – matofobija.[3]

### **2.2.4. Načini rada s djecom s diskalkulijom**

Roditelji moraju razumjeti teškoće s kojima se dijete suočava. Vjerojatno će većina roditelja biti u mogućnosti pomoći djetetu koje ovladava osnovnom matematikom, ali kako problemi

postaju sve složeniji roditelji možda neće moći dati praktičnu podršku koja je djetetu potrebna.

Kod rada s djetetom s diskalkulijom važno je prikupiti što je više moguće informacija o zadatku i osigurati da dijete ima sve moguće informacije koje su mu potrebne za rješavanje zadataka, potrebno je omogućiti sredstva koja su djetetu potrebna za rješavanje zadataka.

Rješavanje zadataka treba započeti s onim što dijete već zna i povezati te informacije s problemom s kojim se suočava.

Djetetu treba pomoći da ovlada pravilima i logikom problema te je to razlog zašto je i rasprava prije samog rješavanja zadataka važna.

Bitno je kod rješavanja zadataka s djetetom ići korak po korak, dati mu da zapiše sve provedene korake što je važno u slučaju da ako pogriješi da se može vratiti unatrag.

Moramo odrediti koncepte i pravila što je važno jer se može raditi zajedno u otkrivanju nekih ključnih ideja i pravila, možemo odrediti matematički rječnik i moramo biti sigurni da ga dijete zna. Bilo bi dobro sastaviti listu riječi i njihova značenja.[2]

### **2.3. Disgrafija**

Rukopis je potreban za mnoge svakodnevne potrebe i veoma je važan za komunikaciju iako ga danas mogu zamijeniti računala.

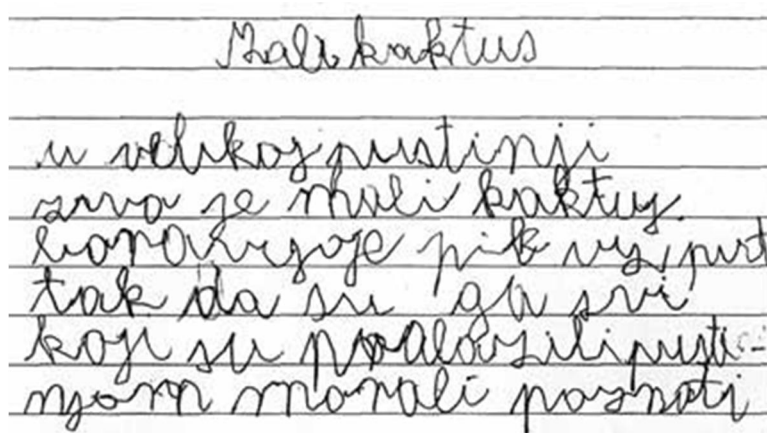
Pisanje je društvena vještina u većini kultura pa je važno da ako dijete ima smetnje u ovom području da se te smetnje ispituju i da se naprave planovi kako će se rukopis dovesti do prihvatljive razine čitljivosti. [2]

Disgrafiju obilježava nečitak rukopis sa slovima pogrešne veličine ili pogrešnog razmještaja, riječi su često pogrešno napisane, iako dijete ima mogućnosti točno napisati riječ. Znakovi disgrafije obično se pojavljuju u vrtiću kada dijete započne pisati svoje ime.

Kao što je već spomenuto, često postoji preklapanje s drugim smetnjama poput disleksije i ADHD – a.

Prema pronađenim podacima, poremećaji u pisanju kod učenika 4., 5., i 6. razreda osnovne škole su 2 do 3 puta češća pojava nego poremećaji u čitanju.

Slika 2.3.1. prikazuje pogreške na razini rečenice kod dječaka od 10 godina, diktat koji je pisao 10 minuta.



*Slika 2.3.1. Pogreške na razini rečenice*

*Izvor: Hrvatska udruga za disleksiju, Disleksija, Zagreb, 2007.*

### **2.3.1. Oblici disgrafije**

U nastanku mnogih oblika disgrafije važnu ulogu imaju i jezične poteškoće, a zbog složenog ispreplitanja neuropsiholoških i jezičnih čimbenika, može poprimiti različite oblike:

#### **1. Prema uzrocima**

Prema uzrocima disgrafija se dijeli na nasljednu disgrafiju (nasljedni čimbenik rijetko kad uzrokuje disgrafiju, što znači da u povoljnim uvjetima disgrafiju možemo često spriječiti), zatim na teškoće u pisanju uzrokovane djelovanjem vanjskih nepovoljnih čimbenika na dijete u razvoju i kombinirani oblik koji je najčešći uzrok disgrafije.

#### **2. Prema stupnju izraženosti**

Prema stupnju izraženosti dijeli se na laku disgrafiju, izraženu disgrafiju te agrafiju koja je potpuna nesposobnost pisanja.

#### **3. Prema dominantnom sindromu**

Prema dominantnom sindromu disgrafija se dijeli na fonološku gdje su pogreške u pisanju uzrokovane teškoćama u izgovoru i/ili međusobnom slušnom razlikovanju glasova, a prepoznaju se po mnogobrojnim zamjenama i miješanjima slova i glasova sličnih po zvučanju i izgovaranju. Još se dijeli na jezičnu gdje je djetetu teško rastavljati tekst na rečenice, rečenice na riječi, dijeli se na vizualnu disgrafiju koja je povezana s teškoćama u vizualno –



prostornoj percepciji, analizi i sintezi vizualno – prostornih podataka i prostornog razlikovanja.

Dijeli se još i na motoričku disgrafiju koja je povezana s nedostatnom razvijenošću suptilnih motoričkih funkcija, a manifestira se u trajnim i brojnim miješanjima slova prema bliskosti njihova pisanja i u nestabilnom, nečitljivom rukopisu. [4]

### **2.3.2. Znakovi koji upućuju na disgrafiju**

Djeca s disgrafijom često čine specifične pogreške tj. kada se promatra njihov rad uočava se da stalno ponavljaju određene pogreške. Određenost grešaka i njihova stalnost i mnogobrojnost ključni su za prepoznavanje simptoma disgrafije.

Javljaju se pogreške na razini slova i sloga (izostavljanje, premještanje, dodavanje suvišnog slova), pogreške na razini riječi (rastavljeno pisanje dijelova iste riječi, sastavljeno pisanje riječi, remećenje granica između riječi), pogreške na razini rečenice (pogreške povezivanja riječi unutar rečenice, neispravna interpunkcija) [4]

Znakovi disgrafije uključuju loše držanje olovke, prejako ili preslabo tiskanje olovke na papir, nepotpuno oblikovanje slova i pravljenje razmaka između riječi usprkos poduci, nedosljednost u stilu tj. miješanje pisanih i tiskanih slova u istoj riječi s miješanjem malih i velikih slova, nedovršene riječi ili slova, neobičan položaj sjedenja kod pisanja, teškoće s pisanjem brojeva i precrtavanjem geometrijskih oblika, teškoće s praktičnim vještinama ( upotreba škara) i teškoće razumijevanja ili davanja uputa [2]

### **2.3.3. Načini rada s djecom s disgrafijom**

Poticanje pisanja pisanim slovima zbog toga jer je općenito lakše ako pisanje teče jednostavno i ako dijete ne mora razmišljati gdje da počne, a gdje da stane sa slovima.

Svako slovo započinje na liniji. Ovo zahtjeva da se tome podučava, pokazujući djetetu kakve su veze napravljene i osigurava da se oblikuje točno slovo.

Isto tako, dijete se mora poticati na pravilno držanje olovke. Postoji puno načina držanja olovke i različita pomagala kao npr. posebno oblikovane olovke, ponekad su trokutaste koje su najjednostavnije za pravilno držanje olovke.

Dijete se mora podučiti kako se pravilno sjedi jer je pravilan položaj jako važan. Položaj ovisi o tome piše li dijete desnom ili lijevom rukom, a ako dijete ima veće poteškoće, može mu pomoći kosi stol.

Uvijek poticati djetetov multi senzorički pristup tj. trebamo dati djetetu da vidi ono što piše, izreći ono što piše i poslušati dijete kako izgovara postupak pisanja.

Roditelji moraju pokušati osigurati sve to u prostoru za koji imaju osjećaj da najbolje odgovara njihovom djetetu.

Važno je zapisivanje gdje dijete koristi svoje ideje, a druga osoba ih zapisuje. Bitno je da to ne utječe na djetetovo samopoštovanje.

Kod djece s disgrafijom koristi se papir s crtama koji pomaže pisanju na liniji, koriste se različiti predlošci, kognitivne mape kao sredstva planiranja.

Zadaci pisanja se moraju podijeliti na izvedive faze npr. crtanje kognitivnih mapa, skiciranje, uređivanje i provjeravanje čitanjem.[2]

Potrebno je uvijek pohvaliti dijete za dobre pokušaje, ne kritizirati ga ako nešto nije dobro učinio i biti strpljiv kada dijete izvršava zadatak. Moramo dijete poticati da radi samostalno ono što može i tako podići njegovo samopouzdanje.

## **2.4. Uloga medicinske sestre/tehničara kod djece sa poremećajima učenja**

U radu sa djecom sa smetnjama u učenju bitno je učenje raznih strategija i vještina koje pospješuju socijalizaciju, stjecanje vještina, znanja, motiva i stavova potrebnih za izvršenje sadašnjih i budućih uloga u društvu, obitelji, školi.

Djeca moraju naučiti izbjegavati stresore koji mogu izazvati pogoršanje problema te kroz kreativne programe definirati potrebe svakog djeteta kroz individualni pristup.

Mora ih se poticati na inicijativu, spontanost i intenzivniju komunikaciju što doprinosi sprečavanju izolacije i stigmatizacije.[7]

Uloga medicinske sestre/tehničara je vrlo odgovorna i zahtjevna te mora koristiti sva svoja znanja i vještine kako bi se svakom djetetu osigurala kvalitetna i profesionalna skrb te kako bi roditeljima mogla dati korisne savjete kako pomoći i podržati dijete s poremećajem.

Medicinska sestra/tehničar kao dio stručnog tima uči djecu socijalizaciji, društveno prihvatljivom ponašanju, mijenjanju stavova koji dovode do konflikata, potiče djecu na inicijativu da stalno uočavaju i rješavaju probleme te mora raditi na djetetovu samopoštovanju i samopouzdanju, učiti ih kako kontrolirati bijes i agresiju, nenasilno rješavanje problema, uči ih kako prepoznati negativno ponašanje i da potraže pomoć.

Sve to medicinska sestra/tehničar provodi kroz zdravstveni odgoj, kroz radne i okupacione terapije, društvene igre i kroz različite grupe i radionice za stjecanje kreativnih vještina.

Kao što je važan rad sa djecom, tako je i važno educirati roditelje, učitelje i druge osobe koje sudjeluju u radu s djecom.[7]

Medicinska sestra/tehničar mora poticati užu i širu obitelj, vršnjake, roditelje da se informiraju o poremećajima i načinima kojima mogu pomoći i pružiti podršku djetetu sa teškoćom u učenju. Aktivirati medije da se više govori o tim poremećajima i njihovim simptomima kako bi se pravodobno prepoznali i tretirali upravo zbog toga što je većina poremećaja neprepoznata i takva djeca su često tretirana kao neuspješni učenici.

#### **2.4.1. Socijalna izolacija u svezi s poremećajima učenja**

Socijalna izolacija je stanje u kojem pojedinac ima subjektivan osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije u mogućnosti ili nije sposoban uspostaviti kontakt. [8]

Ova sestrinska dijagnoza se često javlja kod djece s poremećajima učenja jer su često neprihvaćeni i neshvaćeni od vršnjaka i okoline.

Prikupljanje podataka:

- o medicinskoj dokumentaciji
- o obiteljskom statusu
- o odnosima s bliskim osobama
- o svakodnevnim aktivnostima
- o mentalnom statusu
- o motivaciji, samopoštovanju i očekivanjima
- o promjenama u životu
- o kognitivnim sposobnostima
- o psihosocijalnim odnosima

### Kritični čimbenici:

- poremećaji učenja
- dugotrajna izloženost stresu
- nepovoljna ekonomska situacija
- nezadovoljstvo društvenim uvjetima
- neprihvaćenost od vršnjaka
- ismijavanje od vršnjaka

### Vodeća obilježja:

- izražavanje osjećaja usamljenosti
- nesigurnost u socijalnim situacijama
- izražavanje potreba za druženjem
- osjećaj tuge i dosade
- neprimjereni i nezreli interesi i aktivnosti za razvojnu dob
- nekomunikativnost
- izbjegavanje kontakta očima
- povlačenje u sebe, zaokupljenost svojim mislima
- neprijateljstvo u glasu i ponašanju
- neprihvatljivo društveno ponašanje
- izražavanje osjećaja odbačenosti
- izražavanje osjećaja različitosti od drugih
- nemogućnost ispunjavanja očekivanja drugih

### Mogući ciljevi:

- dijete će identificirati razloge osjećaja usamljenosti
- dijete će razviti suradljiv odnos
- dijete će razvijati pozitivne odnose s drugima
- dijete će aktivno provoditi vrijeme s drugom djecom

### Intervencije:

- provoditi dodatno vrijeme s djetetom
- uspostaviti suradnički i prijateljski odnos s djetetom
- poticati ga na izražavanje emocija
- poticati ga na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- ohrabrivati i pohvaliti dijete za svaki napredak
- osigurati pomoć djetetu ostalih članova multidisciplinarnog tima
- educirati dijete i roditelje o načinima suočavanja sa poremećajima
- upoznati ih sa različitim suportivnim grupama i Udrugama kojima se mogu obratiti

### Mogući ishodi/evaluacija:

- dijete aktivno provodi vrijeme s vršnjacima
- dijete je razvilo suradljiv odnos
- dijete se ne povlači u sebe
- dijete zna identificirati razloge usamljenosti [8]

### 3. Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD)

ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) kao poremećaj pažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti proizašao je kao prvi psihijatrijski poremećaj koji se dijagnosticirao i tretirao u djece. Ovaj sindrom je vrlo čest i remeti djetetove sposobnosti dok strategije prevencije sindroma ne postoje, posebno dok dijete ne počne sa školovanjem.

Danas se mnoga djeca opisuju kao „hiperaktivna“ i čini se da je taj izraz u današnje vrijeme postao vrlo popularan. Često i sami roditelji i odgajatelji svako dijete koje je živahno, puno energije i u pokretu opisuju kao hiperaktivno, a vrlo često nije niti nužno da svako dijete koje je povremeno hiperaktivno, impulzivno i ima poteškoća s pažnjom i koncentracijom ima ADHD.[9]

Dosta često djeca pokazuju takvo ponašanje kada im je dosadno, kada imaju neku fiziološku potrebu, kada ih prekinemo u nekoj aktivnosti, kada su pod stresom ili slično.

Ljudi su često skloni sami pripisivati dijagnozu ADHD – a djeci koja su po prirodi znatiželjna, puna energije i izlaze iz okvira današnje slike djeteta koje je mirno i ništa ga ne zanima.

Djeca koja su nemirna, nepažljiva, imaju problem s koncentracijom i burno reagiraju, mogu imati poteškoće u svakodnevnom životu i često imaju vrlo malo prijatelja, svjesni su svoje izoliranosti i odbačenosti, ali često nemaju priliku iskazati svoje dobre osobine jer su odbijana od svojih vršnjaka. [9]

Ovaj problem djece s poremećajem pažnje i nemirom sve je prisutniji u svakodnevnom životu. Razlog tome je utjecaj okoline jer zahtjevi prema djetetu postaju sve veći, a tolerancija okoline i pomoć sve manja. [10]

Simptomi sindroma se spominju već 1902. godine kad se počinje govoriti o abnormalnim stanjima kod djece gdje se opisuje abnormalni kapacitet za korištenje pažnje, nemir, samopovređivanje i destruktivnost.

Nakon 1920. godine počinje se učestalije govoriti i pisati o nemirnom djetetu kada je nakon pandemije encefalitisa u SAD – u primijećeno da mnoga djeca koja su preboljela encefalitis pokazuju promijenjeno ponašanje u obliku impulzivnosti, razdražljivosti, agresivnosti, poremećaja pažnje i nekontroliranog izražavanja emocija.

U tom razdoblju se smatralo da je uzrok tom ponašanju minimalna oštećenja mozga koja se često nisu mogla utvrditi uobičajenim dijagnostičkim postupcima već je jedini kriterij za postavljanje dijagnoze djetetovo ponašanje. Poremećaj se naziva MCD ili minimalna cerebralna disfunkcija.

1977. godine naziv se mijenja u hiperkinetičko – impulzivni poremećaj jer se smatralo da naziv treba sadržavati karakteristike kliničke slike ponašanja. Uzroci poremećaja nalaze se u poremećajima motorike i percepcije kao posljedica oštećenja mozga.

U Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američke psihijatrijske udruge DSM – II poremećaj je klasificiran kao hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi, dok je već u DSM – III promijenio naziv u ADHD (poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj), a u DSM – IV u deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj.

Najčešće spominjani uzroci su oštećenje mozga, socijalno nepovoljni razvojni uvjeti, emocionalni problemi djece i naslijeđe. [10]

Prevalencija poremećaja u populaciji iznosi 3 – 5 %, a dječaci imaju dijagnosticirano to stanje 3 – 8 puta češće nego djevojčice i neki autori smatraju da je ovakav nalaz posljedica činjenice da postoji veća vjerojatnost identifikacije poremećaja kod dječaka jer su oni češće nasilni pa se poteškoće lakše zamijete. [11]

### **3.1. Dijagnostika ADHD – a**

Da bi se ovaj poremećaj dijagnosticirao dijete mora iskazivati višestruke simptome hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje. (AAP) Američka akademija pedijatarata navodi stručne kriterije za dijagnozu ADD/ADHD, a to su: simptomi moraju biti prisutni prije 7. godine života, kombinacija simptoma mora biti prisutna najmanje 6 mjeseci, simptomi moraju biti prisutni u dva ili više okruženja, simptomi moraju imati negativan utjecaj na školovanje pojedinca, na obiteljski ili društveni život, simptomi nisu u skladu s djetetovim urednim razvojem i simptomi nisu uzrokovani drugim fizičkim, mentalnim ili emocionalnim teškoćama.

Evaluacija dječjeg ADD/ADHD treba uključivati cjelokupnu medicinsku i obiteljsku povijest, opću fizičku i neurološku procjenu, iscrpan razgovor s roditeljima, djetetom i djetetovim učiteljima, standardizirane materijale za ADD/ADHD, promatranje djeteta i mnoštvo psiholoških testova za mjerenje IQ – a i socijalnih i emocionalnih prilagodbi. [2]

Prilikom utvrđivanja dijagnoze važno je imati na umu da u djetetovom razvoju postoje problemi psihološke ili zdravstvene prirode, koji mogu proizvesti ponašanja slična deficitu pozornosti i hiperaktivnosti. Stoga je važno da u dijagnostičiranju ADHD-a sudjeluje multidisciplinarni tim (pedijatar, neuropedijatar, psiholog, defektolog-rehabilitator, logoped, dječji psihijatar). [10]

### 3.2. Simptomi ADD/ADHD

Klinička slika poremećaja ovisi o starosti djeteta i stupnja njegova razvoja. Impulzivnost, nemir i poremećaj pažnje su osnovne karakteristike poremećaja, no moramo biti svjesni činjenice da se oblici ponašanja manifestiraju na različite načine. Smetnje se javljaju na području motorike, pažnje, emocija, socijalnih odnosa, na perceptivno – motoričkom planu i u području kognitivnih funkcija.

**Područje motorike:** tu se javlja djetetov nemir, potreba za aktivnošću i pokretom. Dijete bude u neprekidnom pokretu sa stalnom potrebom za novim sadržajima, ali oni ga zanimaju veoma kratko.

U školi uvijek radi nešto drugo od onoga što rade ostala djeca (okreće se, ustaje, šeta razredom). Na nastavi tjelesnog odgoja posebno dolaze do izražaja nespretnost i nestabilnost, posebno kod oblačenja.

**Pažnja:** kod djeteta s poremećajem je kratkotrajna, dijete spontano, bezrazložno napušta igru ili aktivnost i započinje raditi drugu. Imaju neselektivnu pažnju što znači da nije uspostavljena hijerarhija važnih i manje važnih doživljaja.

Za dijete je svaki podražaj jednako važan što dovodi do zamora koja pak rezultira spontanim prekidom komunikacije s okolinom.

Slabljenjem pažnje pojačava se djetetov motorički nemir.

Oscilacije pažnje su velike pa tako dijete u svoje tzv. dobre dane ima dobru koncentraciju oko 20 minuta, a u loše dane ne dulje od 5 minuta.

Nastavnici obično uočavaju da je koncentracija djece s poremećajem bolja ujutro, a opada tijekom dana.



**Percepcija:** javljaju se smetnje u vidnoj i slušnoj percepciji. Najčešći problem je nemogućnost ili otežano usklađivanje vidnih podražaja, spoznajnih sposobnosti i psihomotorike što pak dovodi do smetnja u svladavanju čitanja i pisanja.

Prema nekim istraživanjima, 2/3 djece s teškoćama čitanja, pisanja i računanja ima deficit pažnje. Djetetu je problem brzina pisanja diktata, prepisivanje s ploče te učenje računskih pojmova.

Djeca ne vole crtati jer su im crteži loši, neuredni i ne odgovaraju starosnoj dobi. Javljaju se smetnje i u području pojedinih intelektualnih funkcija (loše vizualno, grafičko, neposredno pamćenje, loša sposobnost vizualne analize i sinteze) te dijete funkcionira ispod svojih stvarnih mogućnosti, ali opća inteligencija je obično bolja od razine koju sugerira njegov cjelokupni uradak.

**Problemi na emocionalno – socijalnom planu:** ovdje su prisutne teškoće u kontroli poriva, ne mogu se kontrolirati ni na emocionalnom ni na somatskom planu.

Na somatskom planu događa se loša kontrola sfinktera, primarna enureza, enkopreza dok se na emocionalnom planu javljaju napadaji bijesa za sasvim malu sitnicu. Prvi znak emocionalne labilnosti je ne inhibirana destruktivnost, djeca su nepredvidiva, izmjenjuju im se dobri i loši dani. Često se pojavljuje i promijenjena reaktivnost npr. ne reagiraju na kažnjavanje ili kritiku ili im je glad izazov za promjenu ponašanja. Značajna karakteristika djece s ovim poremećajem je agresivnost koja se registrira već u najranijoj dobi. Javlja se i anhedonija i depresivnost.

**Govor i govorni poremećaji:** djeca s ADD/ADHD – om imaju mnogo češće probleme s govorom. Više od polovice djece ima poremećaje govora u obliku smanjenog rječnika, loše gramatike i teškoće pronalaženja riječi. Više upotrebljavaju riječi nego kretnje npr. ako nešto žele reći to će učiniti na vrlo kratak način.

**Odnosi s okolinom:** djeca teško prihvaćaju socijalne zahtjeve koji rastu s dobi i traže emocionalnu zrelost koji oni ne mogu postići, emocionalne veze s roditeljima i odgajateljima su površne, ne pokazuju anksioznost zbog separacije, lako stječu poznanike, ali ih ne mogu duže vrijeme zadržati.

Nesposobni su da se prilagode grupi i kod njih je trajno prisutna potreba za dominacijom, zbog toga ih vršnjaci isključuju iz grupe, pa se najčešće igraju s mlađom djecom ili djecom suprotnog spola.

Dijete svojim nepredvidivim postupcima stalno ugrožava svoj život te mora biti pod kontrolom kako bi ga se zaštitilo od ozljeđivanja. [10]

Svi ovi simptomi ključni su za dijagnosticiranje poremećaja, ali se mogu promatrati i s pozitivne strane, a ne samo kao poremećaj tako da nepažljiva djeca često mogu biti maštovita i kreativna, hiperaktivnost im je izvor energije dok impulzivnost možemo gledati kao odlučnost. [12]

Poremećaj se može pojaviti u 3 oblika:

**Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj- kombinirani tip:** kod ovog tipa prisutno je šest ili više simptoma nepažnje i šest ili više simptoma hiperaktivnosti. To je oblik poremećaja koji se pojavljuje kod najvećeg broja djece.

**Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj – predominantno nepažljiv tip:** ovaj se tip poremećaja dijagnosticira ako šest ili više simptoma nepažnje, a manje od šest simptoma hiperaktivnosti – impulzivnosti traje najmanje šest mjeseci. Djeca s ovim tipom ADHD-a mogu mirno sjediti, ali se ne mogu koncentrirati na ono što rade, te na to ni ne obraćaju puno pažnje. Poteškoće u snalaženju s drugom djecom nemaju u većini slučajeva, no tijekom svog rada mogu previdjeti detalje pa često imaju problema kod izvršavanja obrazovnih zadataka i aktivnosti.

**Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj – predominantno hiperaktivno – impulzivni tip:** većina simptoma (šest ili više od devet) pripadaju kategoriji hiperaktivnosti i impulzivnosti. Međutim, kod tog poremećaja nepažnja može biti značajan problem.

Prema socijalnom ponašanju postoje 3 podtipa ADHD – a:

**Agresivno/asertivan** – djeca se suprotstavljaju roditeljima, ometaju vršnjake, skloni su raditi bilo što drugo umjesto onoga što se od njih traži ili što zahtjeva situacija, ako nešto žele to će uzeti ili učiniti bez obzira na posljedice. Kod njih su važne trenutne potrebe i energiju usmjeravaju prema njihovom zadovoljavanju i nestrpljivi su.

**Aktivan/nespretan** – dijete ometa aktivnosti koje su u tijeku i onemogućava da drugi postignu ciljeve, neosjetljivi su na suptilne socijalne znakove i metode ulaska u grupu

vršnjaka. Upadaju u igru i pokušavaju preusmjeriti aktivnosti ne osvrćući se na želje i potrebe drugih.

**Nesklon/izbjegavajući** – više vole biti promatrači nego aktivni sudionici, kod njih se učestalije razvija socijalna anksioznost, sramežljivi su i povučeni. Vršnjaci ih prije odbijanja izbjegavaju. [13]

### 3.3. Uzroci poremećaja

Uzrok ADD/ADHD još je uvijek nepoznat, poremećaj je kompleksan i obuhvaća brojne čimbenike u koje je uključena i biološka vulnerabilnost i interakcija djeteta s okolinom, ali i brojni drugi čimbenici.

Kako je poremećaj sve učestaliji i vrlo težak za dijete i okolinu te ima negativne posljedice na njegov razvoj, rađena su brojna istraživanja koja su usmjerena na povezivanje poremećaja s njegovim uzrocima.

Rezultati istraživanja govore o tome da su uzroci različiti, mnogobrojni, nedovoljno definirani i međusobno povezani. [9]

**Organske teorije:** disfunkciju mozga smatraju odgovornom za nastanak poremećaja bilo da je do oštećenja došlo u trudnoći, tijekom poroda ili u kasnijem razvoju. Danas prevladava mišljenje da je poremećaj uzrokovan različitim neuroendokrinološkim, neurokemijskim i neuroanatomskim čimbenicima.

Dokazano je kako uzimanje alkohola, nikotina i droge tijekom trudnoće negativno utječe na plod u razvoju. Djeca rođena s fetalnim alkoholnim sindromom kasnije pokazuju znakove hiperaktivnosti.

**Psihosocijalne teorije:** ove teorije posebno naglašavaju da je uloga obiteljskih stresova povezana s lošom socioekonomskom situacijom, poremećaj u odnosu majka-dijete, kao i drugi nepovoljni obiteljski čimbenici koji mogu dovesti do poremećaja u obiteljskim odnosima. Potrebno je naglasiti da okolina direktno ili indirektno utječe na pojavu simptoma, a statistički podaci pokazuju da veći dio djece s hiperaktivnim poremećajima dolaze iz okruženja u kojima se nije vodilo računa o djetetovom tjelesnom razvoju.

**Genetske teorije:** prema statističkim podacima, 3% muškaraca i 1% žena koje pokazuju navedenu simptomatologiju u djetinjstvu su spadali u skupinu djece s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem. [10]

### **3.4. Terapijski postupci kod ADD/ADHD – a**

Prije početka terapije potrebno je poduzeti neke opće aktivnosti: kod svakog djeteta postaviti terapijski cilj na osnovi dobro provedenog dijagnostičkog postupka i procjene dijagnostičke slike, pomoći roditeljima takve djece da razumiju problem.

Objasniti im što poremećaj znači, osobito kakva je njihova uloga u sprječavanju većih odstupanja u adolescentskom razdoblju.

Organizirati tretman i pristup u zavisnosti od specifičnosti, karakterističnih za svako dijete. Koliko god se problemi činili slični, svako je dijete različito, sa specifičnostima svog razvojnog puta, svoje obitelji i svog okruženja te svojom strukturom ličnosti.

Postaviti realna očekivanja za svako dijete, identificirati već na samom početku probleme koji će rezultirati teškoćama u učenju te već na početku učiniti kompromis sa školom, identificirati komplikacije, odnosno sekundarne efekte kao što su socijalni i emotivni problemi i obiteljska disfunkcija.

Pomoći u interakciji djeteta s roditeljima, učiteljima i okolinom, poboljšati komunikaciju između škole i kuće, mobilizirati kod djeteta i adolescenta pozitivne resurse, davati im podršku i polaziti od toga da ih potičemo na to da mogu biti bolji i poboljšati samopouzdanje i kroz to razviti osjećaj sigurnosti, identiteta, vjerovanja.

Terapijske intervencije usmjerene su prema djetetu ( individualne terapijske tehnike djeteta grupna terapija), prema obitelji (individualna, grupna i obiteljska terapija) i prema okolini, osobito školi i socijalnom okruženju. [10]

#### **Medikamentozna terapija**

Od svih terapijskih tehnika najviše je proučavana i dokumentirana medikamentozna terapija, koja je i najmoćnije sredstvo liječenja. Važno je uz nju provoditi i sve druge terapijske tehnike.

Neki roditelji i mladi se opiru primjeni ove terapije zbog straha od ovisnosti, a neki je prekidaju zbog neugodnog popratnog efekta.

Najčešće primjenjivani lijekovi: stimulansi (vrlo efikasni, imaju vrlo brz, ali kratkotrajni efekt; nuspojave su srednjeg intenziteta i reverzibilne su, u obliku ekscitacije, iritabilnosti, nesanice, varijacije težine zbog mučnina itd.), antidepresivi (dugotrajnije djelovanje, daju se pacijentima kod kojih stimulansi nisu dali rezultate, koji su depresivni i koji imaju Touretteov sindrom; česta nuspojava u pred pubertetu je socijalno povlačenje, a mogući su i kardiološki problemi) i ostali lijekovi (antipsihotici, alfa adrenergični agonisti). [10]

Postoje i alternativni terapijski postupci kao što su „biofeedback“ i „neurofeedback“, osoba pokušava kontrolirati moždane valove i postaje više senzitivna na svoje odgovore tijela i oblike mišljenja) – to je tretman koji upotrebljava instrumente koji prati i mjeri moždane valove i /ili druge fiziološke mjere dok dijete izvodi određene zadatke.

Informacija povratne veze pomaže djetetu da postane svjestan svojih fizičkih odgovora kao pomoć u cilju postizanja promjena, postaju svjesni smanjenja brzine disanja i frekvencije srca uz postignuće bolje koncentracije i učenja. [11]

### **3.5. Uloga medicinske sestre/tehničara u radu s djecom s ADD/ADHD**

Uloga medicinske sestre/tehničara kod ovog poremećaja vrlo je važna. Ona radi s djetetom i njegovom obitelji. Mora dobro poznavati poremećaj i njegove simptome kako bi mogla educirati obitelj o poremećaju i o načinima pružanja adekvatne pomoći kako bi djetetu i obitelji čim više olakšali.

Naučiti roditelje pravilnoj interaktivnoj komunikaciji, naučiti ih da postavljaju realne ciljeve i da postavljaju pravila kojih će se svi pridržavati.

Educira o potrebi da se obitelj i uža obitelj prilagode djetetu s poremećajem, radi s djetetom, vježba njegove socijalne vještine, podiže samopoštovanje i organizira pomoć u učenju.

Mora biti kompetentna roditeljima dati savjete u vezi odgoja djeteta te je važno da informira roditelje o postojanju različitih udruga kojima se mogu obratiti za pomoć ili porazgovarati s nekim tko ima isti problem. [13]

Potrebno je provoditi edukaciju cjelokupne zajednice( uža i šira obitelj, vršnjaci, učitelji, liječnici opće medicine, odgajatelji) jer ima jako malo govora o takvim poremećajima, a kod ovih poremećaja je ključna potpora i razumijevanje okoline.

### 3.5.1. Neupućenost roditelja u svezi s dijagnozom i terapijom ADHD –a

Neupućenost je nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu.

Prikupljanje podataka:

- o kognitivnim i perceptivnim funkcijama roditelja
- o dobi roditelja
- o razini znanja roditelja
- procijeniti motivaciju roditelja za svladavanje znanja i vještina
- o ulogama i odnosima u obitelji
- o životnim navikama i stilu života

Kritični čimbenici:

- kognitivno – perceptivna ograničenja roditelja
- nepoznavanje izvora točnih informacija
- pogrešna interpretacija podataka
- nedostatak iskustva
- nedostatak motivacije
- tjeskoba
- depresija
- socijalne i jezične barijere

Vodeća obilježja:

- nepostojanje specifičnih znanja o poremećaju
- netočno izvođenje skrbi o djetetu s poremećajem

Mogući ciljevi:

- roditelji će verbalizirati specifična znanja o poremećaju
- demonstrirat će određene vještine skrbi o djetetu s poremećajem
- obitelj će aktivno sudjelovati u skrbi i pružati podršku djetetu

### Intervencije:

- poticati roditelje na usvajanje znanja i vještina
- prilagoditi pružanje informacija kognitivnim sposobnostima roditelja
- podučiti roditelje o poremećaju i njegovim simptomima
- podučiti roditelje o adekvatnoj skrbi za dijete
- osigurati pomagala tijekom edukacije ( brošure, video)
- poticati roditelje da verbaliziraju osjećaje
- poticati roditelje da verbaliziraju naučeno
- pohvaliti roditelje za usvojena znanja
- educirati o važnosti obitelji kod skrbi za dijete

### Mogući ishodi/evaluacija:

- roditelji verbaliziraju naučeno i koriste razne vještine pri skrbi o djetetu
- obitelj aktivno sudjeluje u skrbi i pruža podršku [8]

## **4. Istraživanje**

### **4.1. Cilj istraživanja**

Ciljevi istraživanja bili su ispitati koliko su roditelji upoznati sa smetnjama u učenju i ponašanju, da li bi znali prepoznati simptome ovih poremećaja, kako dolaze do informacija i jesu li im informacije dostupne i razumljive.

### **4.2. Ispitanici i metodologija**

Istraživanje je provedeno od 19.07.2016 – 19.08.2016., a provodilo se putem „google“ aplikacije. Anketa je stavljena na različite društvene mreže, a sudjelovanje u anketi je bilo dobrovoljno i anonimno.

U anketi su sudjelovali roditelji predškolske i školske djece, ukupno njih petsto deset (510).

U ispitivanju je korištena anketa od 10 pitanja s ponuđenim odgovorima kojima su prikupljeni podaci o dobi djece, poznavanju poremećaja i prepoznavanju simptoma poremećaja te dostupnost i razumljivost informacija o smetnjama u učenju i ponašanju.

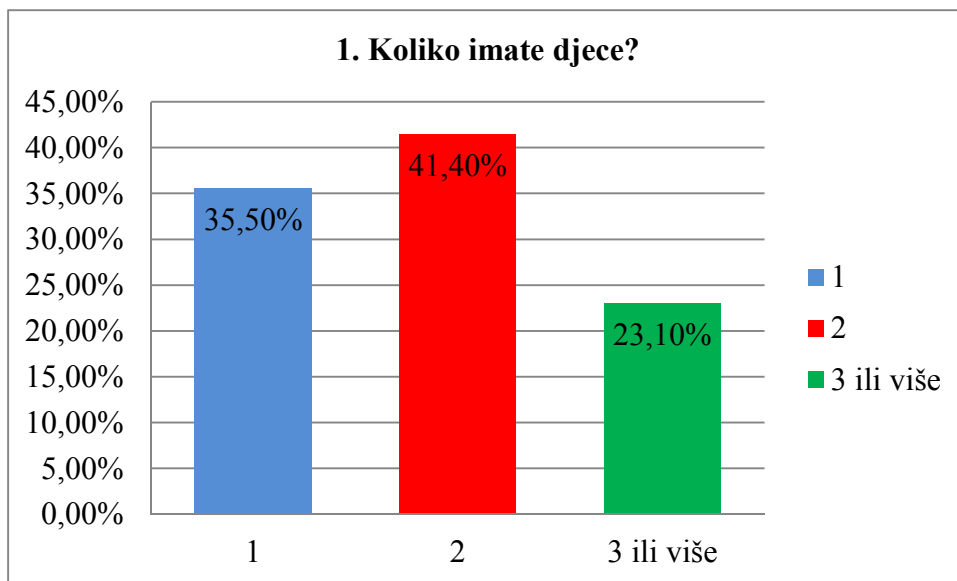
### **4.3. Rezultati istraživanja**

U istraživanju je sudjelovalo petsto deset (510) ispitanika.

Od toga je najviše ispitanika bilo sa dvoje djece, njih dvije stotine i jedanaest (211), odnosno 41,4%. Njih sto osamdeset i jedan (181), odnosno 35,5% ima jedno dijete, dok je njih sto osamnaest (118), odnosno 23,1% odgovorilo da ima 3 ili više djece.

U Grafikonu 4.3.1. prikazan je broj djece ispitanika.



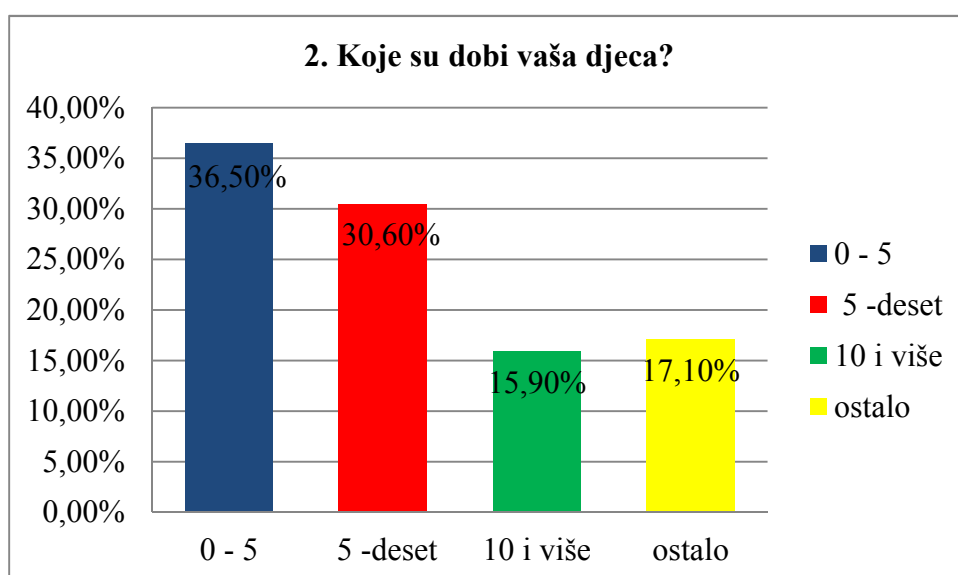


*Grafikon 4.3.1. Prikaz broja djece ispitanih roditelja*

*(Izvor: autor)*

Prema rezultatima istraživanja, većina djece je u dobi od 0 – 5 godina, njih sto osamdeset i šest (186), odnosno 36,6 %. Njih sto pedeset i pet (155), odnosno 30,5% ima djecu u dobi od 5 – 10 godina. Osamdeset sedam (87) roditelja, odnosno 17,1 % je u dobi pod ostalo, a osamdeset i jedan roditelj, odnosno 15,9% je odgovorilo da su im djeca u dobi od 10 i više godina.

U Grafikonu 4.3.2. prikazana je dob djece ispitanih roditelja.

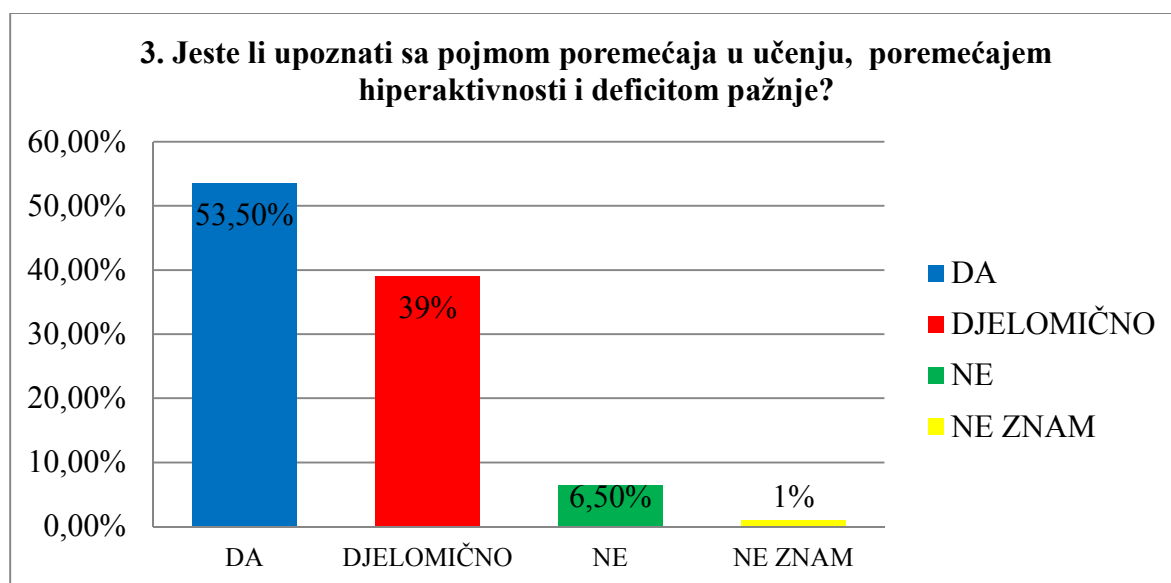


*Grafikon 2. Prikaz dobi djece ispitanika*

(Izvor: autor)

Na pitanje jesu li upoznati sa pojmom poremećaja učenja, poremećajem hiperaktivnosti i deficitom pažnje, dvije stotine sedamdeset i tri (273), odnosno 53,5% ispitanika odgovorilo je da su upoznati sa poremećajima. Sto devedeset i devet (199) roditelja, odnosno 39%, odgovorilo je da su djelomično upoznati sa poremećajima, dok je trideset i tri (33), odnosno 6,5%, roditelja odgovorilo da nije upoznato sa poremećajima. Pet roditelja, odnosno 1%, izjasnilo se da ne znaju jesu li upoznati sa poremećajima.

Grafikon 4.3.3. prikazuje rezultate koliko su ispitanici roditelji upoznati sa poremećajima.

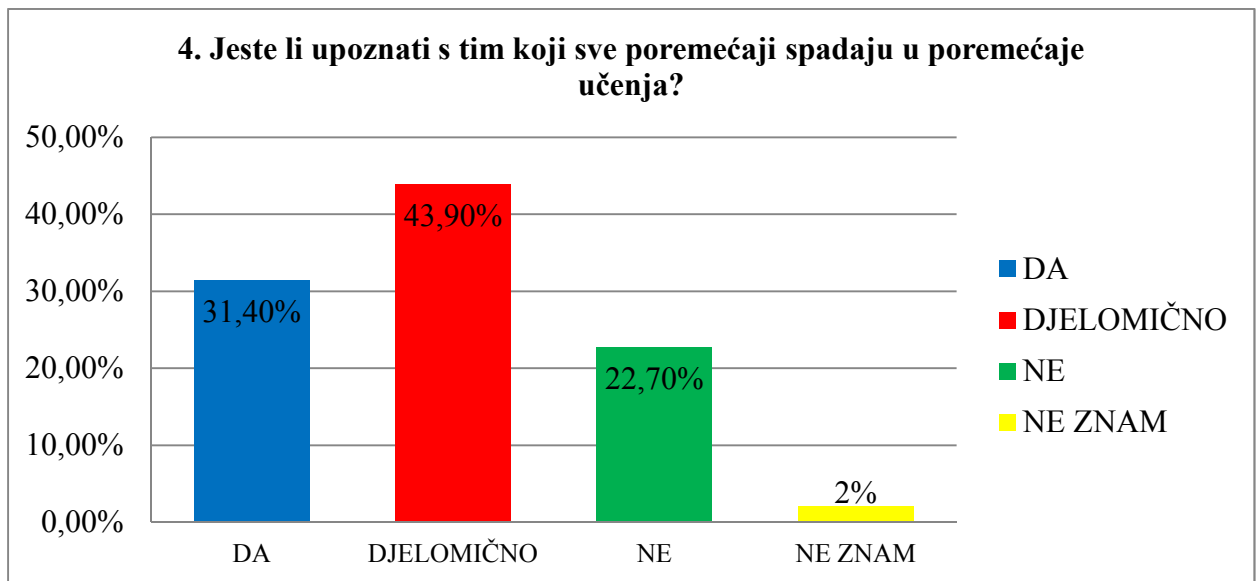


Grafikon 4.3.3. Prikaz koliko su roditelji upoznati s poremećajima

(Izvor: autor)

Na pitanje da li su upoznati koji sve poremećaji spadaju u poremećaje učenja, većina roditelja, njih dvije stotine dvadeset četiri (224), odnosno 43,9%, odgovorilo je da su djelomično upoznati sa tim. Njih sto šezdeset, odnosno 31,4%, odgovorilo je da zna koji poremećaji spadaju u poremećaje učenja, dok je sto šesnaest (116), odnosno 22,7%, odgovorilo da ne zna. Deset (10) ispitanih roditelja, odnosno 2 %, odgovorilo je da ne zna da li zna koji su poremećaji učenja.

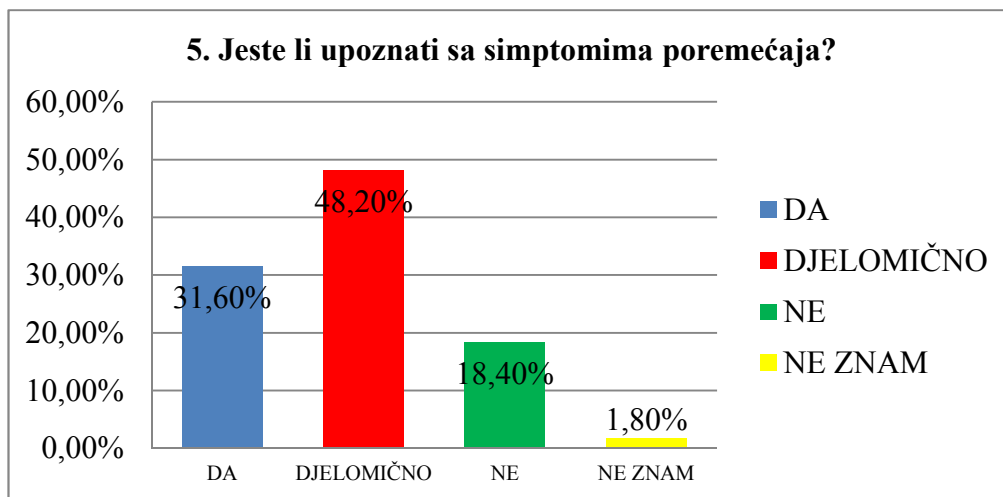
Grafikon 4.3.4. prikazuje rezultate koliko su roditelji upoznati s poremećajima učenja.



*Grafikon 4.3.4. Prikaz koliko su roditelji upoznati sa poremećajima učenja  
(Izvor: autor)*

Na pitanje jesu li upoznati sa simptomima poremećaja, dvjesto četrdeset šest (246), odnosno 48,2%, ispitanih roditelja je djelomično upoznato sa simptomima poremećaja. Njih sto šezdeset jedan (161), odnosno 31,6%, odgovorilo je da su upoznati sa simptomima. Devedeset četiri (94) ispitanika, odnosno 18,4%, odgovorilo je da nije upoznato sa simptomima, dok je devet (9), odnosno 1,8%, odgovorilo da ne zna da li zna simptome poremećaja učenja i ADD/ADHD – a.

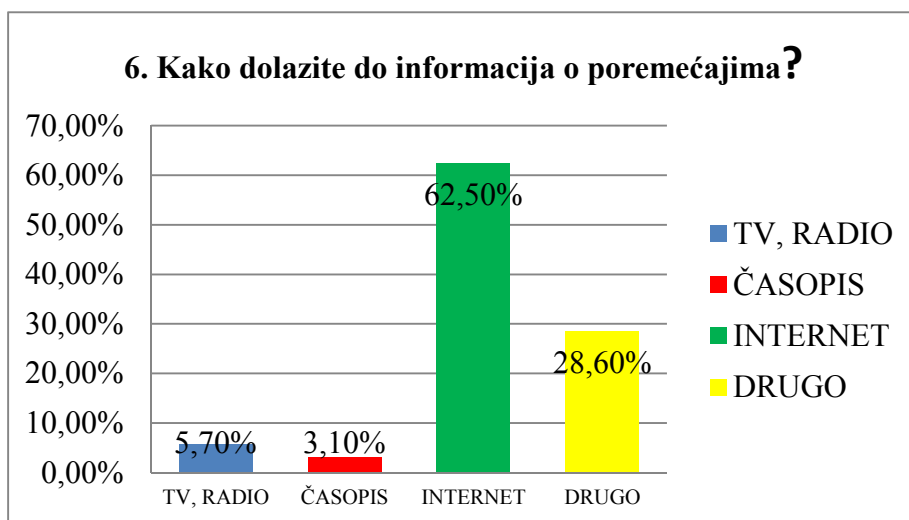
Grafikon 4.3.5. prikazuje rezultate koliko su roditelji upoznati sa simptomima poremećaja učenja i ADD/ADHD – a.



*Grafikon 4.3.5. Prikaz poznavanja simptoma poremećaja učenja i ADD/ADHD- a  
(Izvor: autor)*

Na šesto pitanje koje nam govori na koji način roditelji dolaze do informacija, većina ispitanika, njih tristo devetnaest (319), odnosno 62,5%, odgovorilo je da do informacija dolazi preko Internetskih stranica. Sto četrdeset šest (146) ispitanika, odnosno 28,6%, odgovorilo je da do informacija dolazi na neki drugi način. Dok dvadeset devet (29), odnosno 5,7%, ispitanika do informacija dolazi preko TV – a, radijskih emisija, a šesnaest (16), odnosno 3,1%, ispitanika do informacija dolazi preko različitih časopisa.

Grafikon 4.3.6. prikazuje rezultate kako roditelji dolaze do informacija o poremećajima učenja i ADD/ADHD – a.

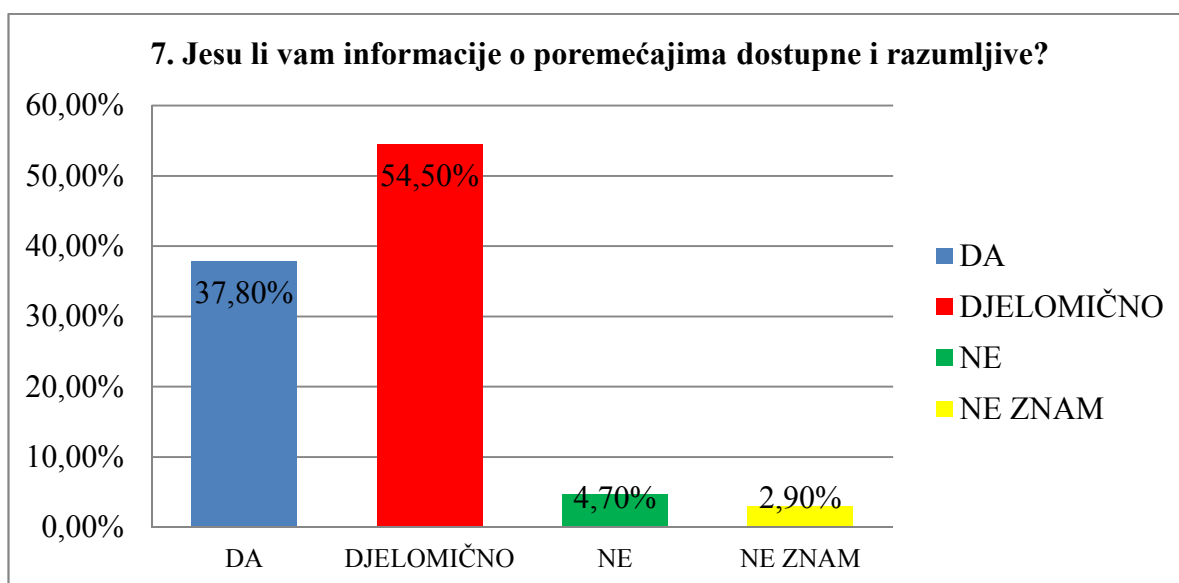


*Grafikon 4.3.6. Prikaz načina dobivanja informacija o poremećajima učenja i  
ADD/ADHD*

*(Izvor: autor)*

Jesu li im informacije dostupne i razumljive, većina ispitanih roditelja, njih dvjesto sedamdeset tri (273), odnosno 54,5%, slaže se da su im informacije o poremećajima djelomično dostupne i razumljive. Njih sto devedeset tri (193), odnosno 37,8%, odgovorilo je da su im informacije dostupne i razumljive. Dvadeset četiri (24), odnosno 4,7%, roditelja odgovorilo je da im informacije nisu dostupne ni razumljive, dok je petnaest (15), odnosno 2,9%, roditelja odgovorilo da ne zna jesu li im informacije dostupne i razumljive.

Grafikon 4.3.7. prikazuje rezultate jesu li informacije o poremećajima dostupne i razumljive.

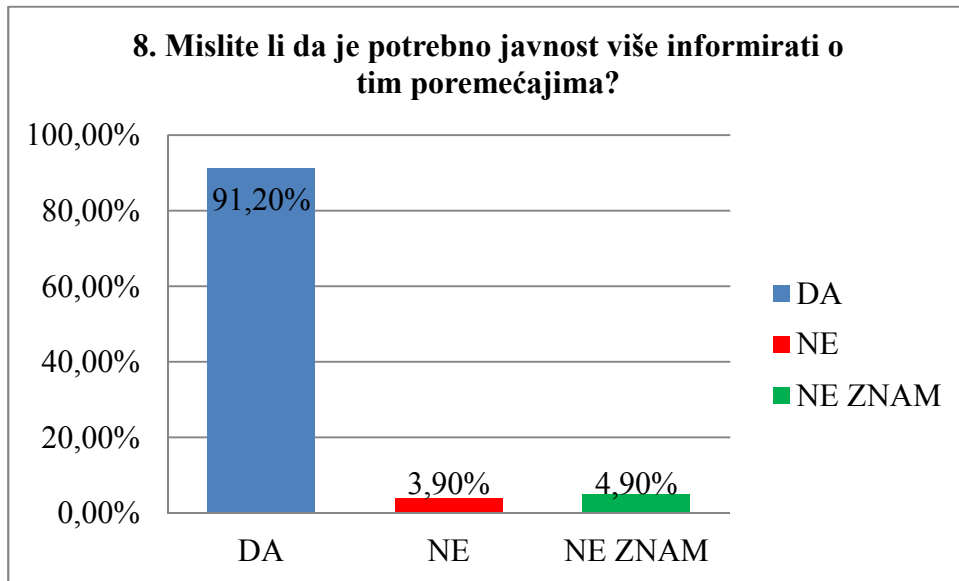


*Grafikon 4.3.7. Prikaz dostupnosti i razumljivosti informacija*

*(Izvor: autor)*

Na pitanje misle li da treba javnost više informirati o poremećajima, četrsto šezdeset pet (465) ispitanih roditelja, odnosno 91,2%, misli da javnost treba više informirati. Dvadeset pet (25), odnosno 4,9%, ispitanika ne zna dali treba više informirati zajednicu, dok dvadeset (20) ispitanika, odnosno 3,9%, smatra da se javnost ne treba informirati.

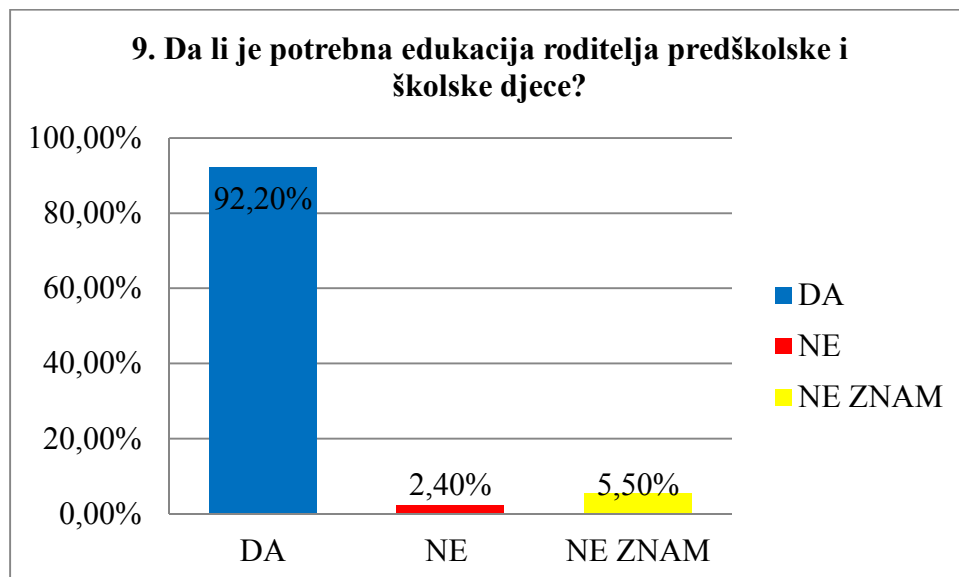
Grafikon 4.3.8. prikazuje rezultate da li je potrebno više informirati javnost o poremećajima.



*Grafikon 4.3.8. Prikaz potrebe za informiranjem javnosti  
(Izvor: autor)*

Na pitanje da li je potrebna edukacija roditelja predškolske i školske djece o poremećajima učenja i ponašanja, većina roditelja i to njih četiristo sedamdeset (470), odnosno 92,2%, složilo se da im je potrebna edukacija, dvadeset osam (28), odnosno 5,5%, se izjasnilo da ne znaju da li treba edukacija roditelja, dok se dvanaest (12), odnosno 2,4%, roditelja izjasnilo da ne treba edukacija roditelja.

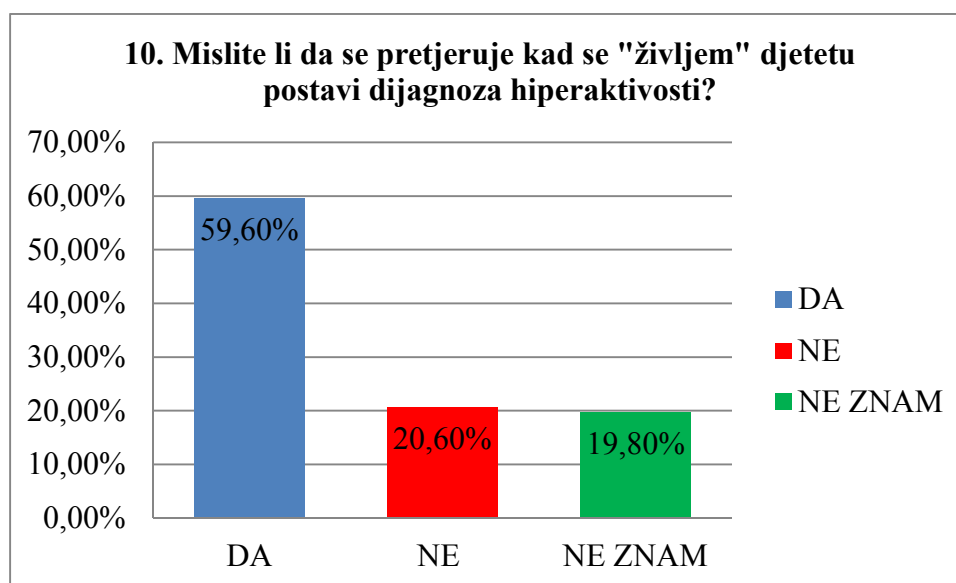
Grafikon 4.3.9. prikazuje rezultate da li je potrebna edukacija roditelja predškolske i školske djece.



*Grafikon 4.3.9. Prikaz potrebe za edukacijom roditelja  
(Izvor: autor)*

Na pitanje, misle li da se pretjeruje kad se „življem“ djetetu postavi dijagnoza hiperaktivnosti, tri stotine četiri (304) ispitanika, odnosno 59,6%, odgovorilo je da se pretjeruje, stotinu i pet (105), odnosno 20,6%, odgovorilo je da se ne pretjeruje s dijagnozom, dok se stotinu i jedan ispitanik (101), odnosno 19,8%, roditelja izjasnilo da ne znaju dali se pretjeruje kod postavljanja dijagnoze.

Grafikon 4.3.10. prikazuje rezultate mišljenja roditelja o dijagnostici poremećaja.



*Grafikon 4.3.10. Prikaz da li se pretjeruje s dijagnozom poremećaja  
(Izvor: autor)*

#### 4.4. Rasprava

U ovom istraživanju sudjelovalo je 510 roditelja predškolske i školske djece.

Analizom dobivenih podataka, u istraživanju je sudjelovalo najviše roditelja, njih 211, odnosno 41,4%, sa dvoje djece. Većina ispitanih roditelja, njih 186, odnosno 36,5%, ima djecu do 5 godina starosti.

Na pitanje jesu li upoznati sa pojmom poremećaja učenja, poremećajem hiperaktivnosti i deficitom pažnje, više od polovice roditelja, njih 273 (53,5%), čulo je za ove poremećaje dok je pak s druge strane vrlo veliki postotak onih roditelja koji su samo djelomično upoznati sa ovim poremećajima, njih čak 199, odnosno 39%.

Prema dobivenim rezultatima, većina ispitanih roditelja, njih 224 (43,9%), djelomično je upoznata s tim koji sve poremećaji spadaju u poremećaje učenja, dok je njih samo 160, odnosno 31,4%, odgovorilo da zna koji poremećaji spadaju u poremećaje učenja.

Jesu li upoznati sa simptomima poremećaja, skoro polovica ispitanih roditelja, 246 njih, odnosno 48,2%, odgovorilo se da su djelomično upoznati sa simptomima, dok je njih čak 18,4% (94 roditelja) odgovorilo da ne bi znalo prepoznati simptome poremećaja učenja i ADD/ADHD – a što samo potvrđuje podatak da roditelji nisu dovoljno informirani o poremećajima i da se premalo govori u javnosti o tim poremećajima te da zbog neznanja i nerazumijevanja ovih poremećaja postoji još velik broj slučajeva gdje roditelji ne mogu prepoznati simptome poremećaja.

Način na koji roditelji dolaze do informacija o poremećajima za većinu roditelja, njih 319, odnosno 62,5%, je preko Internetskih stranica koje se ne mogu smatrati potpuno pouzdanim s obzirom da su izvori informacija različiti i često nedovoljno točni. Vrlo mali broj roditelja informacije traži putem različitih stručnih emisija na televizoru ili radiju, samo njih 29, odnosno 5,7%, i putem časopisa, njih tek 16, odnosno 3,1%. Ovi rezultati ukazuju na to da roditelji traže informacije tamo gdje su im najdostupnije iako možda nisu pouzdane i provjerene dok pak s druge strane jako mali postotak roditelja informacije prima preko emisija i časopisa upravo zbog toga što je jako malo emisija i članaka na ovu temu u medijima.

Ovdje je važno istaknuti rezultat koji nam govori da je više od polovice ispitanih roditelja, njih 278, odnosno 54,4%, odgovorilo da su im informacije djelomično dostupne i razumljive. To nam ukazuje na to da roditelji ne znaju gdje mogu dobiti informacije o poremećajima koje će im dati stručna osoba ( logoped, psiholog) te da im informacije koje su dobili nedovoljno razumljive.

Čak 465 ispitanih roditelja, odnosno njih 91,2%, misli da je potrebno javnost više informirati o ovim poremećajima, što je podatak koji ne začuđuje i pokazuje nam da su roditelji svjesni toga da se premalo pozornosti daje ovim poremećajima koji se u današnje vrijeme sve češće dijagnosticiraju.

Pitanjem da li se pretjeruje kad se „življam“ djetetu postavi tj. pripisuje dijagnoza hiperaktivnosti, željela sam dobiti uvid u stav roditelja o ADD/ADHD – u. Rezultat ukazuje na to da većina ispitanih roditelja, čak njih 304, odnosno 59,6%, misli da se pretjeruje s dijagnozom upravo zbog toga što često puta i sami roditelji, obitelj i učitelji uočavaju dijete koje je po prirodi živahno, znatiželjno, puno energije, ali samo navedeni simptomi ne moraju značiti poremećaj.



Ciljevi istraživanja bili su dobiti procjenu koliko su roditelji upoznati sa smetnjama u učenju i ponašanju, da li bi znali prepoznati simptome ovih poremećaja, kako dolaze do informacija i jesu li im informacije dostupne i razumljive. Iz dobivenih rezultata vidljivo je da većina roditelja posjeduje određena znanja o smetnjama učenja i ponašanja, no u većini nisu pokazali znanje u prepoznavanju simptoma ovih poremećaja. Većina informacija koju posjeduju roditelji je sa dostupnih Internetskih stranica koje su pune različitih podataka, no često se nalaze i nepotpune informacije. Važno je napomenuti da je potrebno putem stručnih javnih predavanja u školi, različitim organizacijama širiti informacije te na pravilan način u potpunosti informirati roditelje. Uloga stručnih službi je da sve one koji sudjeluju u odgoju djece (roditelji, učitelji, nastavnici, pedagozi) upoznaju sa mogućim poremećajima. Stručnjaci kao što su logopedi, psiholozi, defektolozi i radni terapeuti imaju širu razinu znanja o poremećajima te su kompetentni prenositi znanje i informacije drugima. Roditelji su u istraživanju pokazali interes da se što bolje informiraju putem javnosti, predavanja i sl. Različiti su pravci informiranja, mogu se koristiti radionice, javna predavanja, edukacije za stručne osobe koje rade s djecom i sl. Svakako je takvo informiranje jasnije i razumljivije od dobivanja informacija putem Interneta.

## 5. Zaključak

Današnji ubrzani tempo života, stres, prevelika očekivanja roditelja, a i učitelja, previše obaveza i manjak vremena dovode do toga da su svi ubrzani i nitko nema vremena za nikoga, što mogu biti neki od čimbenika za nastanak ovih poremećaja.

Ovi poremećaji su vrlo učestali u današnje vrijeme i pojavljuju se u različitim oblicima i različitim intenzitetima stoga je potrebno što više upoznavati javnost sa ovim poremećajima da bi u budućnosti rezultiralo boljim odnosom i skrbi cijelog društva kako bi se ostvarila prava ovog dijela populacije.

Djeca s poremećajima imaju poteškoće koje mogu uzrokovati ozbiljne probleme njima i drugim ljudima, ali su ona u svim drugim aspektima normalna djeca koja imaju svoje misli, želje i snove.

Nije lako biti niti dijete s poremećajem niti roditelj djeteta s nekim od poremećaja. To nisu smetnje koje se otklone za par dana već se s tim mora suočavati i prilagođavati im se cijeli život.

Dijagnostika je dugotrajna i komplicirana te zahtjeva multidisciplinarni tim, a terapijski postupci bitno ublažuju simptome poremećaja te se time olakšavaju svakodnevne aktivnosti.

Anketa koju sam provela među roditeljima predškolske i školske djece samo je potvrdila moje mišljenje da je potrebna stručna edukacija i više govora u javnosti o tim poremećajima, jer zabrinjava podatak da je većina ispitanih roditelja djelomično upoznata s poremećajima i da bi djelomično znala prepoznati njihove simptome. Roditelji su zainteresirani za tu temu i željeli bi dobivati informacije koje su im razumljive stoga treba organizirati različite radionice i predavanja koja će predvoditi stručna i kompetentna osoba te im dati više prostora u medijima preko stručnih emisija. Često puta su ovi poremećaji u medijima popraćeni samo onda kada se obilježava tjedan ili dan nekog od poremećaja, a ostatak vremena se spomenu samo rijetko.

Postoje različite Udruge kojima se roditelji i djeca mogu obratiti za pomoć, one usmjeravaju roditelje kome da se obrate za pomoć, organiziraju različite edukacije i radionice za roditelje i djecu. Često puta to bude u nekim urbanim sredinama dok se takve edukacije jako rijetko održavaju u nekom ruralnom području, stoga ni to nije dostupno svima.

Vrlo je često odbijanje okoline i vršnjaka i na to moramo djelovati upoznavanjem i edukacijom cjelokupne zajednice o ovim poremećajima. Zajednici je potrebna edukacija jer je ona kao takva bitna jer mora pružiti podršku i pomoć, a ne odbijanje i stigmatizaciju.

U Varaždinu, \_\_\_\_\_2016.

Potpis:

## 6. Literatura

- [1] Poremećaji učenja, [web.zpr.hr/ergonomija/2004/krivacic](http://web.zpr.hr/ergonomija/2004/krivacic) Pristupljeno: 18.08.2016.
- [2] G.Reid., Disleksija, potpuni vodič za roditelje i one koji im pomažu, Naklada Slap, 2013.
- [3] D.Cvitković, Teškoće učenja, Skripta za studente, Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet, Zagreb, 2010.
- [4] Hrvatska udruga za disleksiju, Disleksija, Zagreb, 2007.
- [5] Msd priručnik dijagnostike i terapije, [www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pedijatrija/otkrivanje\\_disleksije](http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pedijatrija/otkrivanje_disleksije) Pristupljeno: 21.08.2016.
- [6] Udruga za pomoć djeci s teškoćama učenja Šibensko – kninske županije, [www.izvorljubavi.hr/sto-je-disleksija.asp](http://www.izvorljubavi.hr/sto-je-disleksija.asp) Pristupljeno: 01.09.2016.
- [7] I.Glasovac i sur., Zbornik radova za medicinske sestre, Uloga medicinske sestre u dnevnoj bolnici, Seminar XXXIII., (91 – 95 str.), Split, 2016.
- [8] Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013.
- [9] V.Drenški , Socijalizacija djece s ADHD sindromom, Diplomski rad, Zagreb, 2014.
- [10]. D.Kocijan – Hercigonja, G.Buljan – Flander, D.Vučković, Hiperaktivno dijete, uznemireni roditelji i odgajatelji, Naklada Slap, 2004.
- [11]. M.Pospiš, Novi pogledi na ADHD, strategije za učenika sa manjkom pažnje i/ili hiperaktivnošću, Tonimir,2009.
- [12]. M.Ferek., Hiperaktivni sanjari, Buđenje – udruga za razumijevanje ADHD – a, Zagreb, 2013.
- [13] I.Živoder, Nastavni tekstovi i prezentacije iz kolegija Zdravstvena njega u zajednici

## 7. Popis slika i grafikona

### Popis slika

Slika 2.1.1. Teškoće s vizualnom percepcijom, Hrvatska udruga za disleksiju, Zagreb, 2007.g.....	4
Slika 2.2.1. Zrcalni brojevni pravac, Hrvatska udruga za disleksiju, Zagreb, 2007.g.....	11
Slika 2.3.1. Pogreške na razini rečenice, Hrvatska udruga za disleksiju, Zagreb, 2007.g.....	14

### Popis grafikona

Grafikon 4.3.1. Broj djece ispitanih roditelja.....	31
Grafikon 4.3.2. Prikaz dobi djece ispitanika.....	31
Grafikon 4.3.3. Koliko su roditelji upoznati s poremećajima.....	32
Grafikon 4.3.4. Koliko su roditelji upoznati s poremećajima učenja.....	33
Grafikon 4.3.5. Prikaz poznavanja simptoma poremećaja.....	34
Grafikon 4.3.6. Prikaz načina dobivanja informacija.....	34
Grafikon 4.3.7. Prikaz dostupnosti i razumljivosti informacija.....	35
Grafikon 4.3.8. Prikaz potrebe za informiranjem javnosti.....	36
Grafikon 4.3.9. Prikaz potrebe za edukacijom roditelja.....	36
Grafikon 4.3.10. Prikaz mišljenja roditelja da li se pretjeruje s dg poremećaja.....	37

# Prilog 1

20.09.2016.

0Poremećaji učenja, poremećaj hiperaktivnosti i deficit pažnje

## 0Poremećaji učenja, poremećaj hiperaktivnosti i deficit pažnje

Poštovani roditelji,  
molim Vas da odvojite par minuta svojeg vremena i ispunite ovu anketu.  
Provodi se u svrhu izrade završnog rada na studiju Sestrinstva iz kolegija Zdravstvena njega u zajednici.

Anketa je anonimna, a Vaši odgovori se koriste isključivo u izradi završnog rada.  
Unaprijed Vam zahvaljujem na pomoći.

\*Obavezno

### 1. Koliko imate djece? \*

Označite samo jedan oval.

- 1  
 2  
 3 ili više

### 2. Koje su dobi Vaša djece? \*

Označite samo jedan oval.

- 0 - 5 godina  
 5 - 10 godina  
 10 i više  
 Ostalo

### 3. Jeste li upoznati sa pojmom poremećaja u učenju, poremećajem hiperaktivnosti i deficitom pažnje? \*

Označite samo jedan oval.

- Da  
 Djelomično  
 Ne  
 Ne znam

### 4. Jeste li upoznati sa tim koji sve poremećaji spadaju u poremećaje učenja? \*

Označite samo jedan oval.

- Da  
 Djelomično  
 Ne  
 Ne znam

## 5. Jeste li upoznati sa simptomima poremećaja? \*

*Označite samo jedan oval.*

- Da  
 Djelomično  
 Ne  
 Ne znam

## 6. Kako dolazite do informacija o poremećajima? \*

*Označite samo jedan oval.*

- TV, radijske emisije  
 Časopis, novine  
 Internetske stranice  
 Drugo

## 7. Jesu li Vam informacije o poremećajima dostupne i razumljive? \*

*Označite samo jedan oval.*

- Da  
 Djelomično  
 Ne  
 Ne znam

## 8. Mislite li da je potrebno javnost više informirati o tim poremećajima? \*

*Označite samo jedan oval.*

- Da  
 Ne  
 Ne znam

## 9. Da li je potrebna edukacija roditelja predškolske i školske djece o tim poremećajima? \*

*Označite samo jedan oval.*

- Da  
 Ne  
 Ne znam

## 10. Mislite li da se pretjeruje kad se "življem" djetetu postavi dijagnoza hiperaktivnosti? \*

*Označite samo jedan oval.*

- Da  
 Ne  
 Ne znam



IZJAVA O AUTORSTVU  
I  
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smije koristiti dijelovi tuđih radova (knjige, časopisa, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili strojnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, JELENA MIKLEČIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SHETNJE UČENJA I PONASANJA U Dječjoj dobi (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Jelena Miklečić  
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završni/diplomski radovi sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sustavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, JELENA MIKLEČIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SHETNJE UČENJA I PONASANJA U Dječjoj dobi (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Jelena Miklečić  
(vlastoručni potpis)